

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST-GRADO

**Determinación de la calidad de atención en los
pacientes quirúrgicos referidos al hospital Es-Salud
Vitarte**

TESIS

**Para obtener el Grado Académico de Magister de Gerencia de Servicios de
Salud con mención en Seguros y Seguridad Social en Salud**

AUTOR

Luis Enrique Podestá Gavilano

Lima – Perú

2012

Página de aceptación o veredicto de la Tesis por los miembros del Jurado Examinador

DEDICATORIA

A mis padres,
por sus enseñanzas, cariño
y amor que me dieron
durante toda mi vida y que
lo siguen haciendo aunque
no estén físicamente
conmigo.

A mi esposa y a mis hijas
por la paciencia que me
tienen, y me dan ánimo para
seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

A todos mis amigos en la Facultad de Medicina, quienes me daban ánimo y fuerza para que concluya con mi tesis.

A mi tutora Dra. Ruth Castellanos por el apoyo y consejos dados durante la elaboración de mi tesis.

Al Mg Carlos Ruiz O. por su apoyo en el diseño y en la parte estadística.

PRESENTACIÓN

A la Escuela de Post Grado de la Universidad Mayor de San Marcos, presentamos la Tesis titulada “Determinación de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos referidos al Hospital Essalud Vitarte.

El presente trabajo de investigación consta de 05 capítulos.

El Capítulo primero describe el Planteamiento del Problema, los Problemas Generales y Específicos, la Justificación, los Antecedentes, las Limitaciones y los Objetivos General y Específicos.

El Capítulo Segundo con la descripción del Marco Teórico de ambas variables y la Definición de Términos Básicos.

El Tercer Capítulo con la descripción del Marco Metodológico .

Cuarto Capítulo con la descripción de los Resultados.

El Quinto Capítulo con las Conclusiones, Sugerencias .

Referencias Bibliográficas y Anexos.

ÍNDICE

Dedicatoria	
Agradecimiento	
Presentación	
Índice	
Resumen en español e inglés	
	Pág.
CAPITULO 1.	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	01
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	07
1.2.1 Problema general	07
1.2.2.1 Problemas específicos	07
1.3 JUSTIFICACIÓN	08
1.4 LIMITACIONES	12
1.5 ANTECEDENTES	13
1.5.1 Antecedentes nacionales	13
1.5.2 Ámbito internacional	16
1.6 OBJETIVOS	20
1.6.1. General	20
1.6.2. Específicos	20
 CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	
2.1. BASES TEORICAS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.....	21
2.1.1 Concepto de calidad.....	21
2.1.2 Historia de la calidad	23
2.1.3 Modelo europeo de excelencia: la autoevaluación	24
2.1.4 Principios de calidad	26
2.1.5 Principios de Demming	27
2.1.6 Importancia de la calidad del servicio	36
2.1.7 El cliente	37
2.1.8 Servicios al cliente versus. satisfacción real	
percibida del cliente	42
2.1.9 Calidad en Salud	48

2.1.10 Control de calidad en Salud	50
2.1.11 El paciente quirúrgico.....	51
2.1.12 Política Nacional de calidad en salud MINSA	53
2.1.13 Política de calidad de salud en Es Salud	56
2.2. BASES TEORICAS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE	61

CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. HIPÓTESIS	65
3.1.1. HIPÓTESIS GENERAL	
3.1.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	
3.2. VARIABLES	66
3.2.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL	66
3.2.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL	66
3.3. METODOLOGÍA	69
3.3.1. TIPOS DE ESTUDIO	69
3.3.2. DISEÑO DEL ESTUDIO	70
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	70
3.5. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	72
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	73
3.7. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD	76
3.8. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS	79

CAPÍTULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. DESCRIPCIÓN	81
4.2. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	102

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1 CONCLUSIONES	103
5.2 SUGERENCIAS	104

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
---	-----

ANEXOS	113
---------------------	-----

ANEXOS

Tabla N° 01	Historia de la calidad	Pág. 23
Tabla N° 02	Variable independiente calidad en salud	Pág. 66
Tabla N° 03	Variables dependientes de pacientes QX referidos 2010	Pág. 68
Tabla N° 04	Variables dependientes de pacientes Qx referidos 2011	Pág. 69
Tabla N° 05	Estadística variable independiente la calidad de atención hospitalaria	Pág. 77
Tabla N° 06	Resumen del procesamiento de casos	Pág. 78
Tabla N° 07	Estadística variable independiente la calidad de atención hospitalaria	Pág. 81
Tabla N° 08	Variable independiente la calidad de atención hospitalaria	Pág. 82
Tabla N° 09	Estadísticas aspectos tangibles	Pág. 83
Tabla N° 10	Dimensión aspectos tangibles	Pág. 83
Tabla N° 11	Estadística dimensión 2 Fiabilidad	Pág. 84
Tabla N° 12	Dimensión 2 Fiabilidad	Pág. 84
Tabla N° 13	Estadística Dimensión 3 sensibilidad	Pág. 85
Tabla N° 14	Dimensión 3 sensibilidad	Pág. 85
Tabla N° 15	Estadística Dimensión 4 Seguridad	Pág. 86
Tabla N° 16	Dimensión 4 Seguridad	Pág. 87
Tabla N° 17	Estadística Dimensión 5 Empatía	Pág. 88
Tabla N° 18	Dimensión 5 Empatía	Pág. 88
Tabla N° 19	Dimensión 1 Aspectos tangibles	Pág. 89
Tabla N° 20	Dimensión 2 Fiabilidad	Pág. 90
Tabla N° 21	Dimensión 3 Sensibilidad	Pág. 92
Tabla N° 22	Dimensión 4 Seguridad	Pág. 93
Tabla N° 23	Dimensión 5 Empatía	Pág. 95
Tabla N° 24	Variable independiente la calidad de atención hospitalaria	Pág. 96
Tabla N° 25	Cuadro de consolidado de hipótesis	Pág. 98

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 01	Pirámide de conversión	Pág. 39
Gráfico N° 02	Programa de la calidad de servicio essalud	Pág. 59
Gráfico N° 03	Variable independiente la calidad de la atención hospitalaria	Pág. 82
Gráfico N° 04	Dimensión 1 Aspectos tangibles	Pág. 83
Gráfico N° 05	Dimensión 2 Fiabilidad	Pág. 85
Gráfico N° 06	Dimensión 3 Sensibilidad	Pág. 86
Gráfico N° 07	Dimensión 4 Seguridad	Pág. 87
Gráfico N° 08	Dimensión 5 Empatía	Pág. 88
Gráfico N° 09	Dimensión 1 Aspectos tangibles	Pág. 89
Gráfico N° 10	Dimensión 2 Fiabilidad	Pág. 91
Gráfico N° 11	Dimensión 3 Sensibilidad	Pág. 92
Gráfico N° 12	Dimensión 4 Seguridad	Pág. 94
Gráfico N° 13	Dimensión 5 Empatía	Pág. 95
Grafico N° 14	Variable independiente La calidad de la atención Hospitalaria	Pág. 97

RESUMEN

En presente la Tesis titulada “Determinación de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos referidos al Hospital ESSALUD Vitarte., se tomó como Objetivo General determinar la Calidad de atención en los pacientes Quirúrgicos referidos al Hospital ESSALUD. Vitarte. Lima.

Se seleccionó como población a 15,954 pacientes quirúrgicos referidos durante los años 2010 y 2011, de los cuales se obtuvo una muestra probabilística de 1000 pacientes, el Enfoque fue Cuantitativo, No Experimental con Diseño Descriptivo Correlacional, empleando el Método Deductivo, como instrumentos se usó la encuesta SERVQUAL adaptada a Salud, aplicándose la Estadística Descriptiva y el software SPSS versión 19.0.

Como conclusión principal se demostró que se deben establecer criterios consensuados que permitan el diseño de un modelo de Gestión integral de la lista de espera quirúrgica (LEQ), que abarque desde la Indicación quirúrgica hasta la resolución del proceso.

Palabras Claves: Calidad, Pacientes referidos, Pacientes Quirúrgicos.

ABSTRACT

In this thesis entitled "Determination of the quality of care in surgical patients referred to Hospital ESSALUD Vitarte.. ", Was taken as general objective to determine the quality of care for patients referred to Hospital Surgical ESSALUD. Vitarte.

Population was selected as 15.954 surgical patients referred for the years 2010 and 2011, which was obtained from a probability sample of 1000 patients, the approach was quantitative, non-experimental descriptive correlational design, using the deductive method, was used as instruments Health survey adapted SERVQUAL, applying descriptive statistics and SPSS software version 19.0.

The main conclusion is proved that consensus criteria should be established to enable the design of an integrated management model of surgical waiting list (LEQ), covering from the surgical indication to the resolution process.

Keywords: Quality, Patient referrals, surgical patients.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La presente Tesis tiene como finalidad la **“DETERMINACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD VITARTE.**

En el ámbito internacional según Irma Arriagada (2005). Entre los principales problemas que presenta la atención sanitaria en la región latinoamericana las autoridades resaltaron diversos temas asociados a la precariedad institucional de la salud pública y a la falta de equidad y eficiencia de los actuales sistemas de salud de los países.

El limitado acceso a los servicios de salud fue considerado de forma mayoritaria como el principal problema que afecta a países como Bolivia, Chile, Colombia, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, en tanto que para Argentina ocupa el segundo lugar en orden de importancia. La limitada cobertura de los servicios forma parte de las manifestaciones de la falta de equidad, que constituye también un problema prioritario en Costa Rica y Ecuador, en tanto que en Argentina, Brasil, Nicaragua y Panamá es visto en forma algo menos determinante.

En segundo orden de importancia, las autoridades de Chile, Colombia y Perú señalan la baja calidad y la ineficiencia de los servicios, tema que para otros países es prioritario (Costa Rica, Ecuador). En este ámbito se resalta el problema de la demanda insatisfecha que afecta a un amplio sector de la población (Nicaragua, Guatemala), particularmente en las zonas rurales (El Salvador).

Entre los problemas específicos mencionados en relación con la falta de eficiencia figuran la dimensión excesiva de la capacidad instalada en regiones; los altos costos de operación; la insuficiente capacidad de gestión, tanto de las entidades territoriales responsables como de las redes de prestación de servicios de salud; las deficiencias en los procesos de

vigilancia y control; y los retrasos sistemáticos en el flujo de recursos, lo que genera condiciones de insostenibilidad en algunas instituciones prestadoras. Por tales razones, la sostenibilidad financiera y el mayor costo de la red institucional y de los servicios de salud es un tema preocupante en países como Brasil, Costa Rica, Nicaragua, y República Dominicana. Este problema también es mencionado en tercer lugar por las autoridades de Bolivia. En Chile, Ecuador y Panamá se asigna esta misma posición al déficit de recursos, incluidos los recursos humanos (El Salvador, Chile, Perú), que parece corresponder a otra característica general en lo que respecta a carencias concretas de los sistemas de salud de la región.

Una tendencia específica que se destaca en el ámbito de la atención de salud se refiere a la transición epidemiológica hacia enfermedades no transmisibles y emergentes (Brasil, Costa Rica, Perú, El Salvador, Venezuela), y a la ausencia de programas de atención especializada para tratarlas (Uruguay).

Otras inquietudes más particulares en materia de salud son la debilidad y la baja cobertura de la atención primaria (República Dominicana, Uruguay), y las dificultades que presenta su articulación con niveles superiores, así como la coordinación entre agentes públicos y privados (Uruguay).

En el Ámbito Nacional, según el documento Política Nacional de Salud (2009). Minas ,refiere que en el Perú, el proceso de formación de política pública se instaló tardíamente y bajo la modalidad de la planificación sanitaria tal como sucedió en muchos países en desarrollo. Sotelo corrobora esta apreciación ya que al enjuiciar la política de salud durante el III Congreso Nacional de Salud Pública, en 1968, constata que “las acciones de salud que se han desarrollado no han obedecido a una política sanitaria definida, habiéndose actuado reactivamente ante el estímulo suscitado por la urgencia de solucionar una situación emergente”. Es evidente, que las prioridades que orientaron implícitamente el accionar sanitario durante este periodo fueron: la expansión de la cobertura sanitaria y la atención de la salud materno-infantil y de las enfermedades transmisibles. No se consideró a la calidad de la atención como un problema relevante y por lo tanto no mereció mayor preocupación. Esta situación permanece incólume durante la décadas 70'y 80' y es recién en la Síntesis Diagnóstica de la Situación del

Sector elaborada por el Ministerio de Salud en 1990, que se explicita por primera vez la existencia de “diferencias de calidad, cobertura, acceso y oportunidad en la atención de salud” aunque tal constatación no se tradujo en orientaciones ni objetivos específicos en el campo de la calidad.

Es recién durante el periodo 1995-2000 que se define como visión-objetivo “Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad”. El contenido de esta visión se concreta en la afirmación de avanzar hacia un sector “organizado en función del usuario, refundado en su ética y cultura organizacional, fiel a su misión institucional, practicante del culto a la excelencia en el cumplimiento del servicio”. Esta visión traduce su inicial interés por el desarrollo de la calidad en los lineamientos de política del periodo, preferentemente en el tercero: “Reestructurar el sector salud en función de una mayor accesibilidad, competitividad y calidad en la atención de salud”.

La incorporación de la calidad en la agenda sanitaria pública es manifestación de la preocupación del Ministerio de Salud materializada en la conformación del Sistema de Acreditación de Hospitales el año 1996; junto a ello, el interés puesto por el desarrollo de la calidad de un conjunto de proyectos de desarrollo sanitario durante la década de los 90'. Pese a estos esfuerzos, el involucramiento de las principales organizaciones proveedoras de atención de salud en el desarrollo de la calidad de atención fue limitado.

Posteriormente, los Lineamientos de Política Sectorial 2002-2012 realizan un importante avance conceptual al definir como uno de los principios de la política de salud la “calidad de la atención como derecho ciudadano”, sin embargo, no se avanza en analizar a profundidad las implicancias de este principio. Los enfoques internacionales se orientan a reconocer la salud como derecho humano y su disfrute como condición inalienable e independiente de cualquier barrera y obstáculo que lo limite; pero igualmente reconoce la calidad como característica intrínseca a este derecho.

A fines del año 2001 se dio un paso importante en el proceso de formación de la política pública de calidad en salud a nivel sectorial, con la publicación

del Documento Técnico del Sistema de Gestión de Calidad en Salud del Ministerio de Salud, aprobada por R.M. N° 768-2001-SA/DM. Este documento contiene la primera formulación de la política de calidad en salud, que luego sufre algunas modificaciones que son recogidas en la nueva versión del Documento Técnico en mención, aprobado por R.M. N° 519-2006/MINSA.

Los Lineamientos de Política Nacional de Salud formulados el 2002 orientaron la Elaboración del Plan Nacional Concertado de Salud aprobado el 2007 y donde se recoge de manera explícita la preocupación por el desarrollo de calidad de la atención de salud a través de su Quinto Lineamiento titulado: “Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad” y se traza como objetivo estratégico “ampliar la oferta, mejorar la calidad y la organización de los servicios de salud del sector según las necesidades y demanda de los usuarios” definiendo además un conjunto de metas al 2011. En esta orientación la presente Política Nacional de Calidad en Salud despliega el Quinto Lineamiento de Política, precisando su contenido, así como las responsabilidades en su implementación. En consecuencia, la Política Nacional de Calidad en Salud, es la parte de la Política Nacional de Salud referida al desarrollo de la calidad de la atención de salud, con alcance nacional y sectorial.

En el Ámbito Institucional, El miércoles 8 de abril del año 2009 se promulgó la Ley “**Marco de Aseguramiento Universal en Salud**”. La Ley 29344 tiene como objeto establecer el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento. El Presidente García declaró que esta Ley terminará con la discriminación y la exclusión, pues permitirá que todos los peruanos puedan acceder oportunamente a un servicio de calidad, cualquiera sea su condición económica, protegiendo a las familias de los riesgos de empobrecimiento asociado con eventos de enfermedad.

El mandatario indicó, además, que con esta Ley se mejorarán los resultados sanitarios y se contribuirá a elevar la productividad del capital humano.

Esta Ley se sustenta en diversos artículos de la Constitución de Perú, tales como, el Artículo 7° que señala que todos los peruanos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa, el Artículo 9° que establece que el Estado determina la política nacional de salud, y los artículos 10° y 11° que reconocen el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, garantizando el libre acceso a las prestaciones de salud, a través de entidades públicas, privadas o mixtas, supervisando su eficaz funcionamiento.

Para Barrios Ipinza (2010) . Presidente Ejecutivo de EsSalud declaro que se ejecutará acciones para buscar mejores prácticas clínicas y lograr una atención efectiva y adecuada al asegurado, dado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la posible existencia de “eventos adversos” en las cirugías, “A nivel mundial se llevan a cabo alrededor de 250 millones de operaciones quirúrgicas al año, de las cuales siete millones resultan inclusive con efectos de discapacidad para el paciente, y un millón terminan en muerte.”

Sostuvo que obviamente esto configura un problema mundial de salud pública, razón por la cual la OMS lanzó la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, cuyos avances son conocidos en el marco de la conferencia internacional "Seguridad del paciente, buenas prácticas y calidad", que organiza EsSalud. Indicó que se trata de traer al país las mejores prácticas y los mejores referentes del mundo, expertos de muchos países y de la OMS para que expliquen los estudios, las disposiciones y normas existentes sobre las mejores prácticas médicas. Todo esto, refirió, para aportarle al sector Salud de Perú en general los conceptos de buenas prácticas médicas, pero también adoptar institucionalmente a través de EsSalud los mejores ejemplos de prácticas médicas de los países que han avanzado más que Perú.

Esto, a criterio de Barrios, es fundamental porque más allá de construir hospitales, de equipar la institución o contratar profesionales hay que enfatizar en la cultura de la seguridad del paciente y también en la cultura de atención.

“Desde EsSalud –no obstante– nos asalta una especial preocupación por los factores determinantes de la seguridad de los asegurados cuando hacen uso de nuestros servicios.” Un ejemplo de lo anterior, dijo, lo constituye la apertura de más de 50 unidades básicas de atención primaria (UBAP), la actualización tecnológica que hemos emprendido sin precedentes, la recuperación física de la infraestructura y una nueva generación de hospitales que ya se pone a disposición de los asegurados. Señaló que los eventos adversos, las complicaciones ante cirugías, representan un gran desafío para cualquier sistema de salud en el mundo. “La tasa de eventos adversos en hospitales se estima entre un 4 y 17 por ciento, según diferentes estudios realizados en Estados Unidos, Australia, Gran Bretaña, Dinamarca, Nueva Zelanda y Canadá.

En el Ámbito local, si bien es cierto que en el Hospital Ate Vitarte se aplican las Normas y Directivas vigentes sobre la Calidad de Atención en pacientes Asegurados, urge la necesidad de investigar la apreciación particular del paciente sobre el servicio de Cirugía de Pacientes Referidos con la finalidad ya sea de corregir errores o replantear estrategias que nos conduzcan a una atención de calidad.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿ES ADECUADA LA CALIDAD DE ATENCION EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD. VITARTE.

VARIABLE INDEPENDIENTE CALIDAD (SERVQUAL).

DIMENSIONES

ASPECTOS TANGIBLES

FIABILIDAD

SENSIBILIDAD

SEGURIDAD

EMPATIA

VARIABLE DEPENDIENTES PACIENTES REFERIDOS.

DIMENSIONES.

DATOS ESTADISTICOS.

1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS.

PE1.

¿CÓMO APRECIAN LOS ASPECTOS TANGIBLES DE LA CALIDAD DE SERVICIO LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD. VITARTE.?

PE2.

¿ES ADECUADA LA FIABILIDAD DE LA CALIDAD DE SERVICIO EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD. VITARTE.?

PE3.

¿QUÉ NIVEL DE SENSIBILIDAD DE LA CALIDAD DE SERVICIO TIENEN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD. VITARTE?

PE4.

¿ES ADECUADA LA SEGURIDAD DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD. VITARTE. ?

PE5.

¿ES OPTIMA LA EMPATIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD. VITARTE.?

1.3. JUSTIFICACIÓN.**PERTINENCIA:**

El ofrecer atención de buena calidad siempre ha sido una meta de los programas de Salud, varias tendencias han convergido para asignar una alta prioridad a la calidad. Tanto los programas como los profesionales de salud están procurando ofrecer mejor atención a más personas. Al mismo tiempo, los programas están procurando formas en las que puedan atraer a nuevos clientes, quienes suelen ser más incrédulos y estar más preocupados con la calidad de atención que los clientes en el pasado.

En el Programa de Acción de la Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo (CIPD), celebrada en 1994 en Cairo, se instó a que se prestara mayor atención a la calidad de atención.

RELEVANCIA.

Las teorías de administración y los métodos para garantizar una alta calidad que han sido ideados en la industria con el objetivo de prestar mejores servicios al cliente, están siendo aplicados al campo de la salud. Hoy en día, los programas de salud en el mundo entero combinan las estrategias convencionales para controlar la calidad en el campo de la medicina, tales

como requerir licencias, un ámbito estándar y acreditación, con las filosofías industriales para el Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y la Total Quality Management (TQM) (Administración Total de la Calidad). El movimiento de calidad es amplio, diverso y evolutivo. Sin embargo, ya se cuenta con suficiente conocimiento y experiencia como para que los profesionales de salud y gerentes en cada nivel puedan mejorar la calidad de los servicios. Más aún, es evidente que las mejoras en la calidad no tienen que costar mucho dinero. Independientemente del nivel de recursos en los programas, la calidad siempre puede mejorarse. De hecho, el mejorar la calidad de servicios suele ser un proceso rentable.

IMPLICANCIAS PRÁCTICAS:

Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura

Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.

Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.

Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.

Homologar la terminología a utilizar en el país.

Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.

Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente

Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema

VALOR TEÓRICO:

La alta gerencia de las instituciones debe demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad.

La política de seguridad debe procurar establecer en forma clara los propósitos de su formulación, que pueden ser:

Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.

Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.

Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.

Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente

Además de lo anterior, debe dar lineamientos claros de cómo implementarla, lo que significa abordar algunos de los siguientes temas.

La creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.

Garantizar la confidencialidad de los análisis.

Estrategias organizacionales para su operación: unidad funcional, equipo de trabajo, componente del sistema de calidad, programa o plan, definición de responsable, mecanismos de difusión, capacitación, entrenamiento.

Homologar en la institución los conceptos y definiciones claves.

Integración con otras políticas y procesos institucionales: Calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos, información, etc.

Como se va construye una alianza con al paciente y su familia.

Como se integra con los procesos asistenciales.

Definición de los recursos dispuestos para la implementación de la política.

PERSPECTIVAS:

Enfoque de atención centrado en el usuario. Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

Cultura de Seguridad. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.

Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

Validez. Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

Alianza con el paciente y su familia. La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

Alianza con el profesional de la salud. La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa **participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.**

BENEFICIARIOS:

Los pacientes asegurados referidos de otros Centros Hospitalarios hacia el Hospital ESSALUD de Ate, Vitarte y la comunidad en general.

1.3.1. JUSTIFICACION JURÍDICA.

El presente trabajo se sustenta en los siguientes fundamentos jurídicos:

TEXTO CONSTITUCIONAL PERUANO DE 1993

LEYES Y NORMAS CON RANGO DE LEY.

Ley General de Salud. Ley N° 26842.

Ley 29783 Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Ley “Marco de Aseguramiento Universal en Salud”. 29344

NORMATIVIDAD DE RANGO INFRALEGAL

Resolución de Gerencia General N° 771-GG-ESSLUD-2007 y su Directiva N° 006-GG-ESSALUD-2007.

(R.M. N°727-2009/Minsa), Política nacional de calidad en salud: Documento Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud -- Lima: Ministerio de Salud, 2009.

1.4. LIMITACIONES.

Se coordinaron los siguientes aspectos con anterioridad para prevenir limitaciones en la investigación:

GEOGRAFICAS.

No existen limitaciones de orden geográfico en la accesibilidad al Centro Asistencial.

ECONOMICAS:

Se contaron con los Recursos Económicos necesarios para el desarrollo del presente trabajo de Investigación.

TEMPORALES:

El estudio se realizó en el espacio de tiempo planificado.

TEORICAS:

Se conto con el acceso adecuado y oportuno a la información y bases de datos necesarios para la investigación.

1.5. ANTECEDENTES.

Sobre el tema de investigación existen diversos trabajos relacionados con la Calidad de atención en Salud.

1.5.1. ANTECEDENTES NACIONALES

TÍTULO: Estudio sobre calidad del control prenatal en establecimientos de salud del primer nivel de atención en Lima.

AUTOR: Munares García, Oscar Fausto. (2005).

INSTITUCION ACADEMICA QUE AVALA: UMNSM.

CONCLUSION:

OBJETIVO: Evaluar la calidad del control prenatal realizado en centros de salud pertenecientes a la Dirección de Salud V Lima Ciudad. **MATERIAL Y METODOS:** Estudio Retro-prospectivo, Polietápico. Se analizó la información secundaria de tres estudios cuantitativos (1° etapa) referentes a calidad del control prenatal y de un estudio cualitativo (2° etapa), aplicando entrevistas a profundidad a usuarias y prestadores de salud de centros de salud (primer nivel de atención), ambos con la finalidad de servir de insumo para la posterior triangulación. La metodología constó en la coincidencia entre las categorías encontradas en el estudio cualitativo y los resultados significativos de los estudios cuantitativos referentes a las dimensiones accesibilidad, seguridad, capacidad profesional, eficacia, eficiencia, continuidad, satisfacción y comodidades. El análisis, fue estadístico (descriptivas e inferencial) en los estudios cuantitativos y de entrevistas grabadas con equipos magnetofónicos (estudio cualitativo), para su posterior categorización y sistematización de los hallazgos. **RESULTADOS:** En controles prenatales de centros de salud del primer nivel de atención de Lima, las dimensiones adecuadas son accesibilidad, seguridad y capacidad profesional.

Las dimensiones inadecuadas son eficacia, eficiencia, continuidad, satisfacción y comodidades, todas expresadas en ambos esquemas (cualitativo y cuantitativo), se presentó dos nuevas dimensiones: clima y cultura organizacional. **CONCLUSIONES:** En los estudios sobre el control prenatal en centros de salud del primer nivel de atención de Lima Ciudad se ha encontrado similitudes significativas en la influencia de la calidad del control prenatal en la capacidad profesional, accesibilidad, satisfacción del cliente, continuidad y comodidades.

TÍTULO: Calidad de la interrelación enfermera-paciente según la teoría de Peplau en los Servicios de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo.

AUTOR: Guevara Chuquillanqui, Lourdes Angélica.(2005).

INSTITUCION ACADEMICA QUE AVALA: UNMSM.**CONCLUSION:**

Hoy en día el Profesional de Enfermería tiene un papel clave en la gestión de la calidad en salud, porque mantiene el vínculo más estrecho con el paciente y la interrelación con todos los sistemas de salud, enfoques claves para la evaluación de dicha calidad. En tal sentido es necesario que el profesional de Enfermería brinde al paciente buenos cuidados de enfermería entendiéndose esta con calidad tecnológica, científica y sobre todo humanística sin embargo, se observa con frecuencia en los servicios de hospitalización que la enfermera centra su cuidado en la satisfacción de las necesidades biológicas, dejando de lado las necesidades psicosociales, por este motivo se considero necesario realizar el presente estudio titulado calidad de la interrelación enfermera - paciente, según la teoría de Peplau en los servicios de cirugía del hospital nacional dos de mayo, el cual tiene como objetivo determinar la calidad de la interrelación enfermera- paciente, según la teoría de Peplau en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por todas las enfermeras asistenciales del servicio de cirugía H3, H4, 13 e 14, siendo un total de veinte. La técnica usada fue la observación directa a las enfermeras, las cuales fueron observadas en tres oportunidades.

El instrumento utilizado fue la lista de cotejo el cual fue sometido a juicio de experto y prueba binomial se realizo el procesamiento de datos en función de la escala de medida a través del programa Microsoft Excel, se hizo uso de la campana de Gauss para evaluar la calidad de interrelación en función a niveles. La presentación de los datos se hizo por medio de tablas estadísticas. Los hallazgos mas significativos fueron: La calidad de la interrelación enfermera paciente, según la teoría de Peplau es predominantemente mediana con tendencia a una calidad de la interrelación enfermera - paciente deficiente, como producto del desempeño profesional debido a que necesita reforzar sus habilidades y destrezas para la comunicación, ya que existe una barrera entre el paciente y la enfermera

impidiendo así que se entable una calidad de interrelación enfermera - paciente óptima. La calidad de la interrelación enfermera - paciente en relación a la fase de Orientación, Identificación. Aprovechamiento, Resolución es predominantemente mediana con tendencia a una calidad de la interrelación deficiente.

1.5.2. ÁMBITO INTERNACIONAL

AUTOR: Nerea González Hernández.(2007).

TITULO: Evaluación de la calidad asistencial percibida de los usuarios ingresados en centros hospitalarios del Servicio Vasco de Salud - Osakidetza. Validación de un cuestionario de satisfacción.

INSTITUCION QUE AVALA: Universidad del País Vasco (España)

OBJETIVO Elaborar un instrumento válido y fiable de medición de la satisfacción de los usuarios con el servicio recibido durante su hospitalización en distintos centros de la red de Osakidetza, **METODOLOGÍA** El cuestionario ha sido desarrollado tomando como referencia la información obtenida de la literatura, la colaboración con profesionales expertos en la materia y de los grupos focales llevados a cabo con usuarios y profesionales. El cuestionario ha sido sometido a dos estudios piloto y un estudio empírico, con el fin de evaluar su claridad, comprensión y características psicométricas. En el estudio empírico se envió el cuestionario por correo postal a 2006 usuarios que habían ingresado en 4 centros hospitalarios del Servicio Vasco de Salud - Osakidetza.

RESULTADOS El cuestionario fue respondido por 1910 usuarios, lo que supone un 73,5% de respuesta. Los análisis estadísticos han dado lugar a un cuestionario formado por 34 ítems divididos en 6 factores que evalúan la satisfacción con la información, el trato, las visitas, el confort, la intimidad y la limpieza. Este cuestionario presenta buenas características psicométricas de validez y fiabilidad y es capaz de discriminar entre subgrupos de usuarios que presentan diferencias en determinadas variables.

CONCLUSIONES Los resultados de los análisis realizados permiten detectar áreas de excelencia en el Servicio Vasco de Salud - Osakidetza, así como otras que precisan mejoras. La identificación de estas áreas constituye una gran fuente de información para los planes de gestión de la calidad asistencial de esta organización y para los dos objetivos principales que se plantea: mejora de la calidad del servicio sanitario y mejora de la calidad de la gestión.

AUTOR: Alvaro García-Perla García(2004).

TITULO: Gestión de la calidad asistencial en cirugía oral y maxilofacial: análisis de 15 años de registros de actividad del servicio de cirugía maxilofacial del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

INSTITUCION QUE AVALA: Universidad de Sevilla (España)

A.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Los Sistemas Nacionales de Salud, al modo como los concebimos en la actualidad se inician en una época de expansión económica, que alcanza a España a principios de los años 60. En la primera década de la moderna democracia española, la ley general de sanidad de 1986 tiene como objetivo establecer un sistema nacional de salud con dos premisas fundamentales: la financiación pública y la cobertura universal. Prematuramente se hace inevitable abordar una tercer premisa: su sostenibilidad. Y un sistema de salud de origen igualitarista, encuentra en los sistemas de gestión de calidad varias posibilidades de progresar: - Hacia el aumento del rendimiento y la competitividad -Hacia la sostenibilidad en el camino hacia la excelencia -Hacia la satisfacción del usuario. Dentro de los sistemas de gestión de calidad aplicables al ámbito sanitario, destacamos los de: -La European Foundation for Quality Management (EFQM) -La Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHCO)- La International Standardization Organization (ISO) -La Acreditación del Hospital Universitario y del Hospital Docente y los estándares del University Hospital Consortium (USA) -La Acreditación Europea de Profesionales. El

European Board of Oro-Maxillofacial Surgery (EBOMFS) - Otros B.-
 MATERIAL Y MÉTODO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO Y
 OBSERVACIONAL DE LOS REGISTROS DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL
 DE LOS AÑOS 1987-2001 (Ambos inclusive) EN 8 ASPECTOS: 1.-
 Demanda Asistencial, 2.-Hospitalización, 3.-Consultas Externas, 4.-
 Urgencias, 5.-Interconsultas, 6.-Recursos Humanos y Materiales, 7.-
 Rendimiento, 8.-Demora Asistencial.

2.1.-CONCLUSIONES PARCIALES EN TÉRMINOS DE CALIDAD: 2.1.1.-
 ESTRUCTURA: -Servicio Universitario y Servicio Docente -Recursos
 Humanos y Materiales estables.

2.1.2.-PROCESOS: -Protocolización de actividades -Adecuación de Ingresos
 -Progresivo aumento de rendimientos de consulta y quirófanos -Índice de
 ocupación cercano al 100%. Disminución de la Estancia Media total.-
 Consulta por acto único para cirugía oral. 2.1.3.-RESULTADOS: -Escasa
 mortalidad -Escaso número de Intervenciones suspendidas -Reclamaciones
 por demora de cirugía con anestesia local principalmente.

2.2.-CONCLUSIONES EN TÉRMINOS DE RENDIMIENTO ASISTENCIA:
 Número estable de recursos-Elevada ocupación -Incremento de demanda
 quirúrgica-Intervenciones con Anestesia General: .Cáncer. Malformaciones.
 Glándulas salivales Intervenciones con anestesia Local: Cirugía Oral-
 Disminución de demanda quirúrgica: Trauma facial

3.-CONCLUSIONES FINALES 1.-La Calidad es la clave de la sostenibilidad
 de los Sistemas Nacionales de Salud 2. La asistencia óptima debe
 considerar los aspectos económicos, los científico-técnicos y los relacionales
 3.-Los pacientes demandan: capacidad de elección, inmediatez de atención,
 alta resolución, continuidad asistencial y trato personalizado. 4.-Los
 resultados de las encuestas sobre satisfacción del usuario, no pueden
 interpretarse sin más. Triunfalístamente. 5.-La calidad técnica de la
 asistencia no se mide con encuestas, sino con indicadores como la
 supervivencia y la calidad de vida. 6.-Las sociedades científicas son los
 organismos más adecuados para elaborar indicadores y estándares de
 calidad. 7.-Los criterios de acreditación de los hospitales universitarios, han

contribuido al incremento de la calidad asistencial. En este sentido contribuyen en nuestro ámbito la potenciación de la docencia y el cumplimiento de los programas de especialistas en formación. 8.-La exigencia al profesional de implicación en la gestión debe tener como contrapartida la ponderación de su necesidades e inquietudes. 9.-Los sistemas de información sanitaria basados en el CMBD, la CIE-9-MC y los GRDs son imprescindibles para la toma de decisiones. Los GRD actuales son poco adaptados al ámbito de la Cirugía Oral y Máxilofacial. 10.-La planificación de la asistencia profesional está sometida a las normas gubernamentales y a las de la administración regional. 11.-La protocolización de ----- calidad en el nivel de ejecución. 12.-La C.O.M.F. No ha abordado suficientemente la sustitución de técnicas quirúrgicas tradicionales por C.M.A. 13.-Hay en la bibliografía un déficit de estudios sobre salud pública y planificación asistencial en C.O.M.F. 14.-Existe un progresivo alejamiento entre la C.O.M.E. Y la Odontología que pensamos se debe corregir. Nuestra propuesta es la facilitación de la doble titulación.

AUTOR: David Vivas Consuelo (1995).

TITULO: Mejora continuada de la calidad de los servicios de salud. Control estadístico de la calidad del proceso en la monitorización de la historia clínica

INSTITUCION ACADEMICA QUE AVALA: Universidad de La Laguna (España)

CONCLUSIONES.

Realiza una exposición precisa y completa de los métodos y técnicas para lograr la mejora continua de la calidad aplicables a los servicios de salud y aplica dichas técnicas a un caso concreto validándolas con los resultados obtenidos.

1.6. OBJETIVOS

1.6.2 OBJETIVO GENERAL.

DETERMINAR LA CALIDAD DE ATENCION EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD. VITARTE.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

OE1.

EVALUAR LOS ASPECTOS TANGIBLES DE LA CALIDAD DE SERVICIO EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD. VITARTE.

OE2.

DETERMINAR LA FIABILIDAD DE LA CALIDAD DE SERVICIO EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD. VITARTE.

OE3

INVESTIGAR LA SENSIBILIDAD DE LA CALIDAD DE SERVICIO EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD. VITARTE.

OE4.

DETERMINAR LA SEGURIDAD DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD. VITARTE.

OE5

EVALUAR LA EMPATIA DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD. VITARTE.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.

2.1 BASES TEÓRICAS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE CALIDAD DE ATENCION EN PACIENTES QUIRURGICOS. (SERVQUAL).

A-CONCEPTUALIZACION.

2.1.1. CONCEPTO DE CALIDAD.

Según Wikipedia (2012), La calidad es herramienta básica para una propiedad inherente de cualquier cosa que permite que esta sea comparada con cualquier otra de su misma especie. La palabra calidad tiene múltiples significados. De forma básica, se refiere al conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. Por otro lado, la calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades. Por tanto, debe definirse en el contexto que se esté considerando, por ejemplo, la calidad del servicio postal, del servicio dental, del producto, de vida, etc. La calidad puede definirse como la conformidad relativa con las especificaciones, a lo que al grado en que un producto cumple las especificaciones del diseño, entre otras cosas, mayor su calidad o también como comúnmente es encontrar la satisfacción en un producto cumpliendo todas las expectativas que busca algún cliente, siendo así controlado por reglas las cuales deben salir al mercado para ser inspeccionado y tenga los requerimientos estipulados por las organizaciones que hacen certificar algún producto.

La calidad significa aportar valor al cliente, esto es, ofrecer unas condiciones de uso del producto o servicio superiores a las que el cliente espera recibir y a un precio accesible. También, la calidad se refiere a minimizar las pérdidas que un producto pueda causar a la sociedad humana mostrando cierto interés por parte de la empresa a mantener la satisfacción del cliente.

Una visión actual del concepto de calidad indica que calidad es entregar al cliente no lo que quiere, sino lo que nunca se había imaginado que quería y que una vez que lo obtenga, se dé cuenta que era lo que siempre había querido.

Otras definiciones de organizaciones reconocidas y expertos del mundo de la calidad son:

- Definición de la norma ISO 9000: *“Calidad: grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”*.
- Según **Luis Andrés Arnauda Sequera** Define la norma ISO 9000 "Conjunto de normas y directrices de calidad que se deben llevar a cabo en un proceso".
- Real Academia de la Lengua Española: *“Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”*.
- Philip Crosby: "Calidad es cumplimiento de requisitos".
- Joseph Juran: "Calidad es adecuación al uso del cliente".
- Armand V. Feigenbaum: "Satisfacción de las expectativas del cliente".
- Genichi Taguchi: "Calidad es la pérdida (monetaria) que el producto o servicio ocasiona a la sociedad desde que es expedido".
- William Edwards Deming: "Calidad es satisfacción del cliente".
- Walter A. Shewhart: "La calidad como resultado de la interacción de dos dimensiones: dimensión subjetiva (lo que el cliente quiere) y dimensión objetiva (lo que se ofrece).

Nunca se debe confundir la calidad con niveles superiores de atributos del producto o servicio, sino con la obtención regular y permanente de los atributos del bien ofrecido que satisfaga a los clientes para los que ha sido diseñado.

2.1.2. HISTORIA DE LA CALIDAD.

A lo largo de la historia el término calidad ha sufrido numerosos cambios que conviene reflejar en cuanto su evolución histórica. Para ello, describiremos cada una de las etapas el concepto que se tenía de la calidad y cuáles eran los objetivos a perseguir

TABLA 1

Etapa	Concepto	Finalidad
Etapa	Concepto	Finalidad
Artesanal	Hacer las cosas bien independientemente del coste o esfuerzo necesario para ello.	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacer al cliente. • Satisfacer al artesano, por el trabajo bien hecho • Crear un producto único.
Revolución Industrial	Hacer muchas cosas no importando que sean de calidad (Se identifica Producción con Calidad).	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacer una gran demanda de bienes. • Obtener beneficios.
Segunda Guerra Mundial	Asegurar la <u>eficacia</u> del armamento sin importar el <u>costo</u> , con la mayor y más rápida producción (Eficacia + Plazo = Calidad)	Garantizar la disponibilidad de un armamento eficaz en la cantidad y el momento preciso.
Posguerra (<u>Japón</u>)	Hacer las cosas bien a la primera	<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar costes mediante la Calidad • Satisfacer al cliente • Ser competitivo
Postguerra (Resto del mundo)	Producir, cuanto más mejor	Satisfacer la gran demanda de bienes causada por la guerra
Control de Calidad	Técnicas de inspección en Producción para evitar la salida de bienes defectuosos.	Satisfacer las necesidades técnicas del producto.

Aseguramiento de la Calidad	Sistemas y <u>Procedimientos</u> de la organización para evitar que se produzcan bienes defectuosos.	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacer al cliente. • Prevenir errores. • Reducir costes. • Ser competitivo.
Calidad Total	Teoría de la <u>administración</u> empresarial centrada en la permanente satisfacción de las expectativas del cliente.	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacer tanto al cliente externo como interno. • Ser altamente competitivo. • Mejora Continua.

Esta evolución nos ayuda a comprender de dónde proviene la necesidad de ofrecer una mayor calidad del producto o servicio que se proporciona al cliente y, en definitiva, a la sociedad, y cómo poco a poco se ha ido involucrando toda la organización en la consecución de este fin. La calidad no se ha convertido únicamente en uno de los requisitos esenciales del producto sino que en la actualidad es un factor estratégico clave del que dependen la mayor parte de las organizaciones, no sólo para mantener su posición en el mercado sino incluso para asegurar su supervivencia.

2.1.3. EL MODELO EUROPEO DE EXCELENCIA: LA AUTOEVALUACION

En la década de los 80, y ante el hecho de que la Calidad se convirtiese en el aspecto más competitivo en muchos mercados, se constituye (1988) la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (E.F.Q.M.), con el fin de reforzar la posición de las empresas europeas en el mercado mundial impulsando en ellas la Calidad como factor estratégico clave para lograr una ventaja competitiva global.

Siendo el reconocimiento de los logros uno de los rasgos de la política desarrollada por la E.F.Q.M., en 1992 se presenta el Premio Europeo a la Calidad para empresas europeas. Para otorgar este premio, se utilizan los criterios del Modelo de Excelencia Empresarial, o Modelo Europeo para la

Gestión de Calidad Total, divididos en dos grupos: los cinco primeros son los Criterios Agentes, que describen cómo se consiguen los resultados (debe ser probada su evidencia); los cuatro últimos son los Criterios de Resultados, que describen qué ha conseguido la organización (deben ser medibles). Los nueve criterios son los siguientes:

a) Liderazgo.

Cómo se gestiona la Calidad Total para llevar a la empresa hacia la mejora continua.

b) Estrategia y planificación.

Cómo se refleja la Calidad Total en la estrategia y objetivos de la compañía.

c) Gestión del personal.

Cómo se libera todo el potencial de los empleados en la organización.

d) Recursos.

Cómo se gestionan eficazmente los recursos de la compañía en apoyo de la estrategia.

e) Sistema de calidad y procesos.

Cómo se adecuan los procesos para garantizar la mejora permanente de la empresa.

f) Satisfacción del cliente.

Cómo perciben los clientes externos de la empresa sus productos y servicios.

g) Satisfacción del personal.

Cómo percibe el personal la organización a la que pertenece.

h) Impacto de la sociedad.

Cómo percibe la comunidad el papel de la organización dentro de ella.

i) Resultados del negocio.

Cómo la empresa alcanza los objetivos en cuanto al rendimiento económico previsto.

Una de las grandes ventajas de la definición del modelo europeo de excelencia es su utilización como referencia para una Autoevaluación, proceso en virtud del cual una empresa se compara con los criterios del modelo para establecer su situación actual y definir objetivos de mejora.

2.1.4. PRINCIPIOS DE LA CALIDAD.

Para el **Ing. Humberto Cárdenas Sierra**(2005), son los ocho principios básicos de Calidad que toda empresa debe de mantener para ser una empresa competitiva. Toda empresa debiera de conjuntar y aplicar los ocho principios básicos de calidad mencionados y explicados brevemente a continuación.

a) ENFOQUE AL CLIENTE.

El cliente satisfecho representa ganancias y más trabajo, antes lo que menos importaba era dejar a un cliente satisfecho, ahora esa es la prioridad, nos referimos a rebasar las expectativas de lo que busca.

b) LIDERAZGO

Todas las empresas necesitan líderes que muevan masas, las ideologías de un líder deben de traer beneficios para todos y poder implementar el GANAR-GANAR.

c) PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL

El personal muchas veces es de quien se pueden obtener las mejores ideas ya que son ellos quienes están directamente en las áreas de trabajo, de hecho un alto mando que no sabe escuchar deja de ser un líder.

d) ENFOQUE DE PROCESOS

Ahora la gran empresa debe de subdividirse en varios procesos los cuales tienen que llevar su propio control , al hacer esto tomaremos cada área como una "pequeña empresa" la cual si desde el principio está mal organizada la cadena llevara a entregar un producto final de mala calidad.

e) ENFOQUE DE SISTEMAS

Después de dividir a la organización ahora debemos de unir correctamente los eslabones entre cada área para ver todo los subsistemas como un macrosistema.

f) MEJORA CONTINUA

La mejora continua es algo intangible que la organización debe de comprender y llevar de forma correcta para darle valor agregado a esta importante actividad, mejora continua, mejorar de forma interminable sin estancarse ejemplo: si me certifico en la ISO 9001 no me voy a conformar con esa versión para siempre, en cuanto salga una nueva me voy a volver a certificar.

g) TOMA DE DECISIONES BASADA EN HECHOS

Toda decisión que impacte a la calidad del producto debe de ser tomada **ante un hecho previo** que me garantice o mínimo que reduzca la posibilidad de un error.

h) RELACION BENEFICIOSA CON PROVEEDORES

Mi cliente ahora no se quiere conformar con saber que puedo estar certificado, ahora se requiere que mis proveedores cumplan también , ya que con esto estoy indicando que mi materia prima para entregar un producto final es de calidad y cumple con los requisitos de mi cliente directo.

2.1.5. PRINCIPIOS DE DEMMING.

Según Gilberto Quezada madriz (2009), citando a Demmig manifiesta que muchos de los que trabajaron en los años 80 y 90 con los conceptos de la Calidad Total, observan como hoy día siguen vigentes los principios gerenciales que el Dr. William E. Deming nos legó:

Esos principios fueron pilar para el desarrollo de la calidad y permitió a países como Japón posicionarse sobre países destacados por su competitividad, originada principalmente por la calidad de sus productos de

exportación. Asimismo Estados Unidos cuando se auto descubrió volvió a ocupar el sitio que como potencia económica lo obliga a tener. El famoso documental de "Porqué Japón puede y nosotros no", los hizo despertar de un letargo de varias décadas, redescubriendo a sus propios "gurus".

Los 14 Principios

a) Constancia en el propósito de mejorar productos y servicios:

"El Dr. Deming sugiere una nueva y radical definición de la función de una empresa: Más que hacer dinero, es mantenerse en el negocio y brindar empleo por medio de la innovación, la investigación, la mejora constante y el mantenimiento".*

Este primer principio es válido y seguirá siendo válido de por vida, pues la mejora en productos y servicios nunca acabará. Leímos en una revista española que hoy día la I&D debía convertirse en I&D&I, investigar, desarrollar e innovar permanentemente. Algunos todavía aplicamos el título de ese artículo: "Que inventen ellos", refiriéndose al logro de los alemanes y otros países en época de Franco.

b) Adoptar la nueva filosofía:

"Hoy día se tolera demasiado la mano de obra deficiente y el servicio antipático. Necesitamos una nueva religión en la cual los errores y el negativismo sean inaceptables".*

Para lograr la constancia en el propósito de mejorar continuamente, debe aceptarse como una filosofía propia, y adoptarla a todas las labores de la empresa. De suerte uno de los principios de ISO 9000 los establece: "La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta". Lamentablemente muchas empresas pasan de una a otra filosofía, buscan afanosamente afuera, teniendo a lo interior de la empresa mucho que descubrir.

c) No depender más de la inspección masiva:

"Las empresas típicamente inspeccionan un producto cuando éste sale de la línea de producción o en etapas importantes del camino, y los productos defectuosos se desechan o se re elaboran. Una y otra práctica son innecesariamente costosas. En realidad la empresa le está pagando a los trabajadores para que hagan defectos y luego los corrijan. La calidad NO proviene de la inspección sino de la mejora del proceso"*.

Este principio fue mal comprendido. Recordamos una empresa que aplicando el principio al pie de la letra, redujo de 20 a 4 sus inspectores de calidad con el consiguiente problema en el deterioro de la calidad de sus productos. La inspección NUNCA se elimina, se hace innecesaria, lo cual se logra por el crecimiento de su personal, por el control de sus procesos. Si una empresa tiene problemas de calidad, no solo debería inspeccionar al 100%, sino no hasta el 400% para asegurarse de que no lleguen productos defectuosos al mercado. El mismo Deming nos lo recomendaba. Una vez recibimos en CR una visita de un conocido japonés, líder en Calidad Total. Cuando se le preguntó que ¿cuántas empresas estaban en Calidad Total, en CR?, respondió que ninguna, pues de todas las que había visto, no encontró una sola gráfica de control, razón por la cual consideró que no había control de sus procesos y por lo tanto seguían con la inspección masiva de sus productos.

d) Acabar con la práctica de adjudicar contratos de compra basándose exclusivamente en el precio:

"Los departamentos de compra suelen funcionar siguiendo la orden de buscar al proveedor de menor precio. Esto frecuentemente conduce a provisiones de mala calidad. En lugar de ello, los compradores deben buscar la mejor calidad en una relación de largo plazo con un solo proveedor para determinado artículo".*

Como gerente de materiales en varias empresas multinacionales aprendimos varias lecciones de lo que es cambiar de proveedor, concluyendo que el costo de un producto no es el precio de compra sino el precio de uso. Una materia prima que se adquiere de un proveedor nuevo, por más que se encuentre en la lista de proveedores aprobados, famosa hoy día, causará grandes pérdidas hasta que el proceso es ajustado y el resto de insumos se acoplan a la nueva materia prima. Si es difícil obtener la misma calidad en dos lotes diferentes de un mismo proveedor, con mucho más razón en dos proveedores distintos.

Algunas empresas se soportaron en este principio para desarrollar el concepto de "Proveedor Único", creyendo que ahora iban a tener un solo proveedor para todos sus productos. Lo que promovió el Dr. Deming fue una "fuente única para cada producto".

e) Mejorar continuamente y por siempre los sistemas de producción y servicio

"La mejora no es un esfuerzo de una sola vez. La administración está obligada a buscar constantemente maneras de reducir el desperdicio y mejorar la calidad".*

Además de la mejora continua de los productos deben mejorarse los sistemas, pues difícilmente alcanzaremos nuevas metas con los mismos métodos. El estudio de la capacidad de procesos, el ir estrechando los niveles de tolerancias hasta llegar al 6 sigma (3.4 defectos por millón), hace que las empresas puedan realmente destacarse en este mercado globalizado. Este aspecto es reforzado concretamente en la cláusula 8.5.1 de ISO 9001, establece: "La organización debe mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, objetivos de la calidad, resultados de las auditorías, análisis de datos, acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección".

Muy pocas empresas utilizan o comprenden el concepto del Cpk (Índice de capacidad de proceso) y su relación con la variabilidad del proceso mismo medido por medio de la varianza.

f) Instituir la capacitación en el trabajo:

"Con mucha frecuencia, a los trabajadores les enseñan su trabajo otros trabajadores que nunca recibieron una buena capacitación. Están obligados a seguir instrucciones ininteligibles. No pueden cumplir bien su trabajo porque nadie les dice cómo hacerlo".¨*

Capacitar permanente a trabajadores y supervisores en su propios procesos, de manera que ese aprendizaje ayude a mejorarlos tanto incremental como radicalmente. Primero tener conocimiento de lo que se hace, más allá de seguir el procedimiento, el mecánico que sepa de mecánica, el soldador de soldadura, etc. ISO 9000 lo confirma en 6.2 cuando establece que "el personal que realice trabajos que afecten la calidad del producto debe ser competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas".

"La organización debe:

- determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan la calidad del producto;
- proporcionar formación o tomar otras acciones para satisfacer dichas necesidades;
- evaluar la eficacia de las acciones tomadas;
- asegurarse de que su personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad.

Hoy día la capacitación va de degeneración en degeneración. Cada persona que se entrena se degenera el conocimiento.

g) Instituir el liderazgo:

"La tarea del supervisor no es decirle a la gente qué hacer, ni es castigarla, sino dirigirla. Dirigir consiste en ayudarle al personal a hacer un mejor trabajo y en aprender por métodos objetivos quién necesita ayuda individual".*

Es mucho lo que se ha escrito sobre el tema, y hay coincidencia en la necesidad del involucramiento del líder para que las cosas cambien, por eso no es necesario profundizar. En un análisis de relación causa efecto que hicimos en un grupo de trabajo con respecto a los 8 principios de ISO 9000:2000, concluimos que el disparador de todo el esfuerzo es el liderazgo. Desarrollar líderes a todos los niveles es obligación del líder superior, quitar el temor de que si son mejores entonces termina botándolo a él.

"Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización".

h) Desterrar el temor:

"Muchos empleados temen hacer preguntas o asumir una posición, aún cuando no comprendan cuál es su trabajo, ni qué está saliendo bien o mal. Seguirán haciendo las cosas mal o sencillamente no las harán. Las pérdidas económicas a causa del temor son terribles. Para garantizar mejor calidad y más productividad es necesario que la gente se sienta segura"*

Se ha dicho que no hay temor al cambio sino a la incertidumbre de lo que pasará con el cambio. Además de explicar en que consiste el cambio, son pocos los gerentes que dan muestra de haber desterrado el temor de su estilo gerencial, presionando sobre metas inalcanzables, culpando a subordinados de la falta de capacidad de los procesos que son de responsabilidad gerencial. Nos decía Ishikawa que el 85% de los problemas son responsabilidad de la Gerencia, pocos entienden lo que esto significa.

Desterrar el temor a equivocarse. Como lamentamos en las capacitaciones al interno de la empresa, como en presencia del superior, nadie se atreve a hablar, preguntar o menos cuestionar, eso si causa pena. Apenas este sale del salón las preguntas y cuestionamientos afloran por miles.

i) Derribar las barreras que hay entre áreas de staff

"Muchas veces los departamentos o las unidades de la empresa compiten entre sí o tienen metas que chocan. No laboran como equipo para resolver o prever los problemas, y peor todavía, las metas de un departamento pueden causarle problemas a otro."*

Aunque Hammer y Champy lo utilizaron como caballo de batalla en su famosa reingeniería, ésta se concentró en los despidos de personal, perdiéndose la gran oportunidad para derribar barreras entre departamentos que se olvidan que la batalla no es interna sino contra una competencia que no da tregua y unos clientes que no están dispuestos a exigir menos que lo mejor. Existe un gran desgaste entre departamentos que hace difícil llegar a soluciones correctas. Hoy día el enfoque basado en procesos y el enfoque de sistemas tímidamente proponen identificar los procesos y gestionar sus interacciones, pero se debe tener cuidado de mencionar que el problema es de "organigrama", es de poder, guste o no.

j) Eliminar los lemas, las exhortaciones y las metas de producción para la fuerza laboral:

"Estas cosas nunca le ayudaron a nadie a desempeñar bien su trabajo. Es mejor dejar que los trabajadores formulen sus propios lemas".*

Anuncios en periódicos, carteles por toda la empresa, murales con las huellas del personal, contribuyen al ambiente de calidad, pero no mejoran la calidad. Si el dinero que se gasta en esas campañas se invirtiera en hacer estudios profundos de los procesos, en conocer las necesidades reales de los clientes, otra sería la situación. Algunas empresas certificadas bajo ISO

9000, abusan de la palabra ISO, como si esto fuera lo realmente importante, olvidándose del mejoramiento continuo de la calidad y el servicio. ¿Por qué cuando se habla de los logros alcanzados en las últimas tendencias gerenciales, muy poco se dice de la calidad y de la competitividad de las empresas?.

k) Eliminar las cuotas numéricas:

"Las cuotas solamente tienen en cuenta los números, no la calidad ni los métodos. Generalmente son una garantía de ineficiencia y alto costo. La persona, por conservar el empleo, cumple la cuota a cualquier costo, sin tener en cuenta el perjuicio para su empresa"*

Si se aceptara como una máxima de todo proceso la variabilidad implícita en todos ellos y si todo el esfuerzo se concentrará en reducirla, las metas se alcanzarían solas. Que se gana con estar revisando la meta de la semana o del mes con sus altibajos, si éstos varían debido a causas normales. Se alcanzan las metas y nadie analiza porqué; no se alcanzan y tampoco se analiza, se amonesta, en el siguiente mes se alcanzan para luego caer de nuevo. Una nueva meta sin un nuevo método no cambia el proceso. Los premios y castigos no mejoran procesos.

l) Derribar las barreras que impiden el sentimiento de orgullo que produce un trabajo bien hecho.

"La gente desea hacer un buen trabajo y le mortifica no poder hacerlo. Con mucha frecuencia, los supervisores mal orientados, los equipos defectuosos y los materiales imperfectos obstaculizan un buen desempeño. Es preciso remover esas barreras"*

Ningún empleado que ingresa nuevo a una empresa entra desmotivado, pero en muy poco tiempo nos encargamos de desmotivarlo. Las personas no cometen errores a propósito, actúan dentro de lo que el sistema les permite, la falla está en el sistema, no en las personas. Fallas en la selección, en la

inducción, en el entrenamiento, en el reconocer los logros, en estudiar las causas de falla, en la ausencia de procesos de mejora continua. Algunas personas con la sana intención de democratizar las empresas quieren involucrar a los empleados en la definición de la Misión y Visión de la empresa, pero no están dispuestos a escuchar sugerencias en la mejora de sus propios procesos. La participación es la forma de hacer valioso a una persona.

m) Establecer un vigoroso programa de educación y entrenamiento:

"Tanto la administración como la fuerza laboral tendrán que instruirse en los nuevos métodos, entre ellos el trabajo en equipo y las técnicas estadísticas".*

Este principio es complemento del número 6 sobre la capacitación. Este es más referido a lo que se conoce como "Formación y Desarrollo de Competencias", lo cual depende de la visión de la empresa, de los objetivos para alcanzarla, de las nuevas formas de poder competir, de los nuevos procesos a desarrollar, de los nuevos comportamientos del personal a todos los niveles, en síntesis del cambio cultural que la empresa requiere.

n) Tomar medidas para lograr la transformación

"Para llevar a cabo la misión de la calidad, se necesitará un grupo especial de la alta administración con un plan de acción. Los trabajadores no pueden hacerlo solos, y los administradores tampoco. La empresa debe contar con una masa crítica de personas que entiendan los Catorce puntos, las 7 enfermedades mortales y los obstáculos".*

La transformación no llega sola, la alta dirección debe tomar la decisión de querer hacerlo y aplicar el principio de instituir el liderazgo. Para lograr la transformación debe ser algo más que llamar al consultor, nombrar al "representante de la gerencia", significa comprometerse y ser ejemplo, capacitándose de primero, cumpliendo su tarea. Aquellas empresas que hoy

día nos dejan satisfacción en nuestra labor como consultores, son aquellas en donde el Gerente General fue el pilar del cambio, establecía buenos lineamientos, motivada a su gente, se comprometía. El mejor consultor no sustituye un mal gerente.

2.1.6. IMPORTANCIA DE LA CALIDAD DE SERVICIOS.

Para la Lic. Lory Peresson,(2007) citando a Charles D. Zimmermann y John W. Enell (1993) el concepto de calidad de servicio parte de la “aptitud para el uso”. Las empresas de servicios (bancos, compañías de seguros, empresas de transportes, hospitales y otras organizaciones) están todas comprometidas en servir a los seres humanos. La relación es constructiva solo si el servicio responde a las necesidades del cliente, en precio, plazo de entrega y adecuación a sus objetivos. El grado en el que el servicio satisface con éxito las necesidades del cliente, a medida que se presta, es lo que se llamo “aptitud para el uso”.

La aptitud para el uso queda determinada por unas características del servicio que el cliente reconoce como beneficiosas (puntualidad, cortesía, consistencia, accesibilidad, exactitud, limpieza, entre otros) según sea el caso del servicio a solicitar. El que juzga la aptitud para el uso es el cliente, no la empresa.

Los elementos básicos de la aptitud para el uso son las características de la calidad, que son los atributos del servicio que se necesitan para alcanzar esa aptitud, las cuales pueden agruparse así: psicológicas, temporales, contractuales, éticas, técnicas, entre otras. Una vez que la empresa ha identificado las características de la calidad más apreciada por sus clientes, debe proceder a planificar para ellas su calidad de diseño y su calidad de conformidad.

El anterior es un concepto bastante generalizado sobre el termino de Calidad de Servicio, pero si se quiere profundizar aun mas en el significado e implicaciones de lo que significa la Calidad en el Servicio al cliente, es

conveniente citar a John Tschohl (2001) el cual define la Calidad de Servicio como la orientación que siguen todos los recursos y empleados de una empresa para lograr la satisfacción de los clientes; esto incluye a todas las personas que trabajan en la empresa, y no solo a las que tratan personalmente con los clientes o los que se comunican con ellos por medio del teléfono, fax, carta o de cualquier otra forma.

Servicio es vender, almacenar, entregar, pasar inventarios, comprar, instruir al personal, las relaciones entre los empleados, los ajustes, la correspondencia, la facturación, la gestión del crédito, las finanzas y la contabilidad, la publicidad, las relaciones publicas y el procesamiento de datos. En todas las actividades realizadas por cualquier empleado de una empresa existe un elemento de servicio, ya que, en última instancia, todas ellas repercutirán en el nivel de calidad real o percibido en los productos comprados por los clientes.

Por su lado, y muy en concordancia con lo ya anterior definido, John Leppard y Liz Molyneux (1998) aseguran que el Servicio al cliente puede representar cosas diferentes para gente diferente, según cuales sean sus circunstancias. Por este motivo es necesario que la empresa sea clara en cuanto a lo que está intentando alcanzar con los programa de <<atención al cliente>> y cosas parecidas. Los enfoques al servicio al cliente que valen la pena es poco probable que tengan éxito como actividades únicas y separadas, porque necesitan encontrarse dentro del contexto de una estrategia general de marketing. A su vez, esto significa que la empresa sabe quiénes son sus clientes, que necesidades tienen, y como pueden formularse un mix de marketing integrado para que haga impacto sobre cada segmento específico de mercado.

2.1.7. EL CLIENTE.

En vista de que no todos los clientes son iguales, es de gran importancia que las empresas aprendan a diferenciar los clientes que posee, para poder ofrecer productos o servicios de una manera adecuada al perfil o nivel de dichos clientes.

Bien como dice Julio Cesar Méndez (2006) el cliente es un individuo con necesidades y preocupaciones, tomando en cuenta que no siempre tiene la razón, pero que siempre tiene que estar en primer lugar si una empresa quiere distinguirse por la calidad del servicio.

Para comprender la importancia que tiene el cliente dentro de la institución, podemos observar los siguientes principios que Karl Albert nos presenta a continuación:

- Un cliente es la persona más importante en cualquier negocio.
- Un cliente no depende de nosotros. Nosotros dependemos de él.
- Un cliente no es una interrupción de nuestro trabajo. Es un objetivo.
- Un cliente nos hace un favor cuando llega. No le estamos haciendo un favor atendiéndolo.
- Un cliente es una parte esencial de nuestro negocio; no es ningún extraño.
- Un cliente no es sólo dinero en la registradora. Es un ser humano con sentimientos y merece un tratamiento respetuoso.
- Un cliente merece la atención más comedida que podamos darle. Es el alma de todo negocio.

Por su lado, Carl Sewell (1994) definió los 10 mandamientos del Servicio al Cliente, que aun ahora son de gran importancia tomar en cuenta. Los mismos son:

- Haga que vuelvan por su gusto: pregúntele a los clientes lo que quieren y dáselos una y otra vez.
- Sistemas, no sonrisas: decir por favor y gracias no basta para garantizarle que va a realizar el trabajo bien desde la primera vez. En cambio los sistemas sí le garantizan eso.
- Prometa menos, dé más: los clientes siempre esperan que usted cumpla su palabra. Cúmplala con exceso.
- Cuando un cliente pregunta, la respuesta es siempre sí.
- Deshágase de sus inspectores y de su departamento de relaciones con los clientes: todo empleado que tenga trato con los clientes debe tener la autoridad para atender sus quejas.
- ¿Nadie se queja? Algo anda mal: atienda a sus clientes a que le digan todo aquello que no les gusta.
- Mida todo.

- Los salarios son injustos: remunere a sus empleados como si fueran sus socios.
- Mamá tenía razón: muestre respeto a las personas. Sea atento con ellos.
- Sea como los japoneses: investigue quienes son los mejores y como hacen las cosas; aprópiase de sus sistemas. Después, mejórelos.

Se puede concluir que el cliente es pieza clave para cualquier organización, porque gracias a él, depende la existencia del negocio y también de todas aquellas personas que laboran en la empresa. Por esta razón, hay que hacer conciencia a toda la empresa que gracias al pago que hace el cliente por el servicio o producto, se cuenta con trabajo, salarios, educación, hogar, recreación, etc.

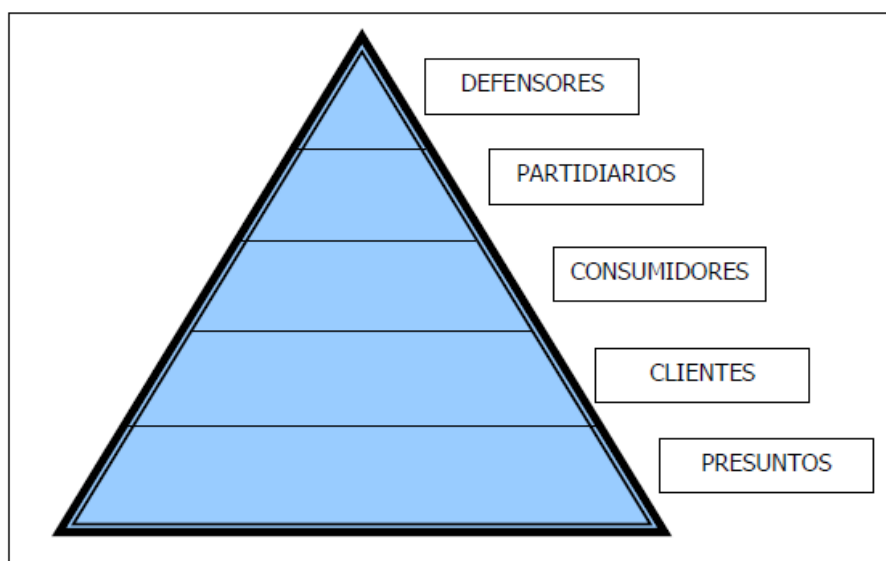
A continuación se mencionaran varios tipos de clasificaciones, que dependiendo de la empresa podrán adoptar una u otra forma.

Una clasificación bastante interesante de los clientes viene dada por la Pirámide de conversión que se señala a continuación:

La Pirámide de la conversión.

GRAFICO 1

La Pirámide de la conversión.



John Leppard & Liz Molyneux (1994)

John Leppard & Liz Molyneux (1994)

Esta pirámide señala básicamente los tipos de clientes de acuerdo a su lealtad, el cual se inicia con unos presuntos que, la empresa piensa, fueron bien elegidos. El vendedor transforma a este presunto en un cliente, cuando el mismo adquiere el producto o servicio. Este cliente puede ir convirtiéndose en habitual a medida que va realizando una serie de compras repetidas y es función de la empresa que esto siga sucediendo hasta el punto que el cliente comience a serle fiel a la empresa y se convierta en Partidario. Y si al haber variaciones en la competencia y se logra que el cliente permanezca junto a la organización, se logrará el fin último de la empresa el cual es mantener Defensores, ya que no solo representará alguien quien compra, si no que asegurará que los productos o servicios de la empresa son mejores que los de la competencia y recomendará la misma sin que se le pida. En este punto, el cliente se convirtió en un valioso activo de ventas.

Otra manera de clasificar a los clientes es agruparlos en diferentes segmentos de mercado:

- a) Segmentación en base a lo que compra: esta información es de fácil acceso y por lo general está en manos de la propia empresa, ya que se analiza los historiales de compra de los clientes y se conglomeran de acuerdo al perfil.
- b) Segmentación sobre la base de quien compra: en este sentido se pretende agrupar a los clientes de acuerdo a sus características personales, socioeconómicas, demográficos, etc.
- c) Segmentación en base de porque compra el cliente: se trata de determinar y clasificar de acuerdo a la motivación del cliente para comprar y determinar grupos que tengan inclinaciones similares.

PRESUNTOS

CLIENTES

CONSUMIDORES

PARTIDIARIOS

DEFENSORES

Indistintamente de la manera como la empresa quiera clasificar a sus clientes, el cual podría ser completamente diferente a la topología antes mencionada, es necesario que las mismas se manejan con bases de datos, la cual deberán tener acceso toda la empresa y la misma deberá ser nutrida día a día para poder así obtener una información veraz, confiable y suficiente a la hora de definir estrategias en pro de satisfacer las necesidades de dichos clientes.

Ahora bien, según Héctor Rojas Medel (2006), cuando se habla de Cliente, se trata de la persona que recibe los productos o servicios resultantes de un proceso, en el intento de satisfacer sus necesidades y de cuya aceptación depende la sobrevivencia de quien los provee.

Sin embargo, si visualizamos a los Clientes de una Empresa en un concepto más amplio e integral, podríamos decir que están constituidos por todas las personas cuyas decisiones determinan la posibilidad de que la organización prospere en el tiempo.

La clasificación de algunos tipos de clientes, según Rojas Medel, obedece primeramente a la ampliación del tradicional concepto de Cliente, entendiendo como aquel que compra algo al proveedor, e introducir a esta definición un concepto importantísimo, que es la calidad de Cliente "interno" y "externo" que este pueda revestir.

A partir de esto se definen los siguientes tipos de Clientes a los cuales la empresa debe prestar atención.

a) Cliente externo: es el Cliente final de la Empresa, el que está fuera de ella y el que compra los productos o adquiere los servicios que la Empresa genera.

b) Cliente interno: es quien dentro de la Empresa, por su ubicación en el puesto de trabajo, sea operativo, administrativo o ejecutivo, recibe de otros

algún producto o servicio, que debe utilizar para alguna de sus labores. No se puede departamentalizar el servicio, es decir, en la Empresa, todos son productos, todos son Clientes, todos son proveedores, por lo tanto, todas las personas que la conforman son la base de la Satisfacción dentro de la calidad y servicio.

c) Clientes Finales: se refiere a las personas que utilizarán el producto o servicio adquirido a la Empresa y que se espera se sientan complacidas y satisfechas. También se les denomina usuarios finales o beneficiarios.

d) Clientes intermedios: son los distribuidores que hacen que los productos o Servicios que provee la Empresa estén disponibles para el usuario final o Beneficiario.

2.1.8. SERVICIO AL CLIENTE VERSUS SATISFACCIÓN REAL PERCIBIDA DEL CLIENTE.

Los clientes, tanto internos como externos, están en constante evaluación y medición del servicio que se le está prestando en contraposición con lo que se le dijo se iba a ofrecer. Y como cada ser humano, posee pensamiento propio y distinto al resto, es necesario evaluar dicha percepción de manera constante, ya que el servicio que se le pudo brindar al cliente en un momento determinado, pudiese, tiempo después, no ser suficiente u óptimo para satisfacerlo. Por otro lado, no siempre, el cómo la empresa o ente en cuestión piensa que está ofreciendo el servicio es como sus clientes lo perciben.

Existen diferentes causas dentro de la organización que pueden generar la insatisfacción de un cliente, entre ellas tenemos (Patricia Wellington, 1997):

- Falta de comunicación interna
- Falta de motivación del personal y/o autonomía por parte de este
- Falta de investigación
- Falta de comunicación con los proveedores
- Falta de compromiso con las relaciones a largo plazo con los clientes
- Falta de visión administrativa y/o compromiso de la gerencia

Todos o parte de estos problemas pueden estar sucediendo dentro de la organización, el cual termina reflejando hacia el cliente una situación problemática que le generara insatisfacción. Es necesario que las organizaciones mejoren de manera integral sus procesos con la visión de servicio al cliente, pero no como algo puntual en un momento dado, sino como una filosofía a adoptar permanentemente.

Ahora bien, existen otros motivos que pueden generar insatisfacción al cliente, y bien como se menciono anteriormente, es el no dar al cliente lo que se le ha ofrecido. Para ello, Ros Jay (2001) afirma que la pieza final de este rompecabezas es, por supuesto, asegurarse que lo que usted ofrece y lo que el cliente este de acuerdo que usted está entregando, constituyan un excelente servicio. Para poder suministrar el nivel de servicio que el cliente espera y con el cual están satisfechos, se necesitara tener en cuenta las siguientes guías:

- Sea específico acerca del servicio que ofrece: hay que asegurarse que todas las promesas sean específicas.
- Primero mejore el servicio, después grite con convencimiento de causa: tan pronto exponga una idea a los clientes, ellos esperaran que usted la ejecute, pues no querrán oír un tal vez, un esperamos, un podría ser, los clientes quieren certeza.
- Consolide sus promesas de servicio por escrito: al hacer una promesa de servicio y no cumplirla se está en serios problemas; por ello es necesario primero y antes de todo estar seguro de lo que se va y se puede ofrecer para posterior a ello cumplirlo. Si es así, es de mayor impacto y seriedad que dichas promesas se le de al cliente por escrito, y si el servicio está sujeto a posibles cambios, entonces sería conveniente adicionar concesiones, en donde si usted no cumple con lo prometido el cliente obtendrá una alternativa adicional.

- Planee para continuar mejorando su servicio: el hecho de mejorar su servicio le brindara una ventaja competitiva en el mercado. Al cliente no solo le gusta recibir un servicio, sino el hecho de que les mejore la vida, pero si alguien lo hace, la competencia no tardará en copiarlo; por ello es necesario estar siempre planeando como mejorar el servicio ofrecido.
- Siga preguntándole a sus clientes que mas desean de usted: se debe asegurar de mejorar las cosas que sus clientes realmente desea que mejoren.
- Involucre a su equipo: en cada área de la organización, sus integrantes están en la línea de fuego del servicio al cliente, por ello, se debe estar seguro que la moral y el entusiasmo están en su punto alto, para que ellos puedan transmitirlos al cliente. Es crucial mantener al equipo de trabajo completamente informado acerca de cualquier cambio que se planee; invitarlos a que contribuyan con ideas y sugerencias e involucrarlos en las decisiones de cómo lograr de la mejor manera dichos cambios.
- Involucre a sus clientes: es necesario involucrar también a los clientes para asegurarse que ellos notan los cambios que se están haciendo. La manera efectiva de lograrlo es dejándolos participar en el proceso, que den aportes o ideas de cómo la empresa puede cambiar en pro de beneficiarlos.

Por otro lado, Patricia Wellington (1997), en su libro “Como brindar un servicio integral al cliente”, hace referencia a los elementos de satisfacción del cliente, el cual cada uno puede dividirse en varios factores, y los estándares de excelencia para cada uno. A continuación se hacen mención de dichos elementos de satisfacción:

a. PRODUCTO FACTOR LA EXCELENCIA ES:

- Disponibilidad inmediata o antes de una fecha de entrega negociada/prometida (rápido tiempo de abastecimiento de mercado).

- Calidad Cero defectos durante la vida del producto/servicio Presentación, utilización de empaques adecuados con las actuales normas de protección ambiental más responsables, y el mínimo necesario para higiene / protección / transporte / almacenamiento. Una imagen que concuerde con la realidad, y que coincida plenamente con el estilo de vida y aspiraciones de los clientes objetivo Valor por el dinero (valor percibido en la mente de cada cliente del resultado experimentado en una transacción comercial).
- Asegurar que no haya engaño, esto es dar más valor (percibido o real) que el costo de la compra.
- Cumplimiento de las expectativas Brindar una satisfacción que supere las expectativas.

b. VENTAS FACTOR LA EXCELENCIA ES:

Marketing y merchandising Un marketing honesto, legal y decente que no sea impositivo ni manipulador ni derrochador, sino informativo y orientado precisamente en términos de segmento de mercado y tiempo; investigar plenamente a los clientes de modo que sus necesidades, preferencias y valores como compradores se entiendan hasta en sus detalles más sutiles, y sean incorporados en la promoción y las estrategias empresariales con gran precisión.

Comunicación verbal Una actitud personal o telefónica atenta, interesada, sensible y oportuna, y que transmita un mensaje preciso y comprensible que cumpla con los objetivos del cliente y con su necesidad de ser escuchado; ofrecer diferentes medios para hacer un pedido (teléfono, fax, carta, visita personal).

Entorno de compra Un entorno acogedor y no amenazante facilita la realización de los negocios y hace que los clientes se sientan emocionalmente cómodos **Personal** Unos empleados amables, sensibles,

empáticos, confiables, conocedores, leales al equipo corporativo, entrenados y facultados para actuar, y cuya apariencia personal, sean consistentes con las expectativas de los clientes Documentación Folletos, propuestas, estimaciones, contratos, facturas, pagares, manuales de entrenamiento y manuales de usuario, etc., escritos de manera clara y precisa, que incluya cada uno información completa sobre los detalles de las referencias de la compañía y los servicios de apoyo, y que sean exactos y oportunos.

Variables de compra Explicadas claramente, negociadas justamente y entonces confirmadas por escrito.

c. POSVENTA FACTOR LA EXCELENCIA ES:

Interés sostenido Reconocer y honrar el valor de; tiempo de vida de un cliente para la compañía y no desilusionar a clientes genuinamente leales por no reconocer (y recompensar) esa lealtad; garantizar la sencillez del proceso de nuevos pedidos, sustentada en la información existente sobre los clientes.

Manejo de Quejas Personal autorizado que responda de inmediato, con amabilidad, honestidad, simpatía y profesionalismo; mantener informado al cliente a lo largo de todo el proceso de manejo de quejas; y utilizar la tecnología como una herramienta, no como un bien supremo.

d. UBICACIÓN FACTOR LA EXCELENCIA ES:

Ubicación Explicar la ubicación con precisión (en textos, grafica o verbalmente) y asegurar que cualquier cambio en las vías de acceso (trazado, nombres o numeración) o en el transporte público que atiende el área sea incorporado en las direcciones actualizadas.

Acceso Señalizar claramente la ubicación, idealmente en todos los puntos de acceso de un radio de cinco millas, y asegurar que todas las fachadas exteriores de los edificios, entradas, vías privadas y todo el terreno de la compañía reflejen la imagen corporativa y transmitan empatía a los clientes Seguridad y comodidad.

Proveer iluminación, techo y señalización suficiente en todos los estacionamientos y entradas; asegurar que todo el entorno interno cumpla con las reglamentaciones relevantes de salud y seguridad; y asegurar que el espacio físico satisfaga la dinámica de interacción humana.

Consideración para los clientes con necesidades especiales Asegurarse de que nada discrimine a los grupos con necesidades especiales

e. TIEMPO FACTOR LA EXCELENCIA ES:

Horas comerciales Prestar un servicio acorde con las necesidades de los clientes, y no según la presencia o ausencia de competidores Aplicabilidad y disponibilidad de productos Ofrecer una selección de productos continuamente mejorados que sean relevantes para las necesidades y los patrones de compra normales.

Velocidad de las transacciones Asegúrese de que el proceso sea tan corto como lo quieran sus clientes.

f. CULTURA FACTOR LA EXCELENCIA ES:

Ética Ser incuestionablemente legal, no discriminatorio, moral y transparente.

Conducta Ser imparcial, gustosamente servicial, objetivo, honesto, irreproachable y auténticamente centrado en el cliente, y aprender de la crítica constructiva.

Relaciones internas Hacer gala de un tratamiento justo y equitativo de todos los empleados, sin diferencias injustificables entre el personal de rango superior o inferior; entender el concepto del cliente interno; brindar oportunidades para el desarrollo multifuncional propio y dirigido; confiar en la gente dándole a personal información y poder para tomar decisiones; fomentar la participación, la identidad de equipo y la contribución; favorecer la colaboración interfuncional, y asegurarse de que cada uno entienda, acepte y realice su misión personal con relación al cliente.

Relaciones externas Desarrollar una relación de socios con proveedores y clientes, en vez de actuar como si fueran partes aisladas que deberían estar separadas por el control ejercido por un superior sobre un subordinado

Calidad de la experiencia de compra Crear la percepción de que es plenamente consistente con los derechos de los clientes a recibir atención y satisfacción total, mediante los cuales cada “momento verdadero de servicio” es una confirmación absoluta de la primacía de los clientes en la cultura, los valores y la política corporativa Wellington señala que estos seis elementos deben ser desarrollados y suministrados simultáneamente, a fin de ofrecer un servicio al cliente verdaderamente excelente.

2.1.9. CALIDAD EN SALUD.

Para Daniel Daglio (2011). En forma vertiginosa, la investigación médica, el desarrollo tecnológico, y las demandas sociales expandieron las fronteras de los servicios de salud hasta convertirlos en organizaciones multiformes, que requieren enormes presupuestos para funcionar, y cuya influencia se ha extendido hasta la industria alimenticia, la cultura, la familia y la educación.

Para liderar los servicios de salud es preciso poseer un conjunto de habilidades y herramientas que superan las adquiridas en los estudios de grado de la Universidad, o en la experiencia diaria. Para dirigir eficazmente un servicio de salud es necesario ser capaz de traducir los conceptos humanísticos, filosóficos, y políticos de los diferentes grupos de poder dentro de la organización, en políticas, programas, y acciones de salud donde las reglas estén claramente definidas, las actividades sean controlables, y los resultados sean medibles por la misma organización. Este es el desafío que enfrentan hoy quienes deben gestionar servicios de salud, públicos, de la seguridad social o privados.

La búsqueda de la Calidad en los Servicios de Salud no ha sido un imperativo siempre presente. Muchas veces hemos asistido a decisiones tomadas, tanto en el ámbito clínico como en los niveles de decisión, que no

se han basado en hechos y datos, sino mas bien en reflejos, en la experiencia vivida, en las modas impuestas, y sin tener en cuenta el factor humano que es central en esta actividad. El proceso de evolución hacia la Calidad en Servicios de Salud solo es posible si quienes los administran incorporan los variados conceptos y las múltiples herramientas que se requieren en la actividad diaria. Para que esto sea posible el aprendizaje también debe ser de calidad.

Interpretamos que la mejor calidad de enseñanza surge si suman sus potencias la experiencia académica de una Universidad (Universidad Nacional del Comahue) con la experiencia práctica en gestión y calidad de una Sociedad Científica (Sociedad Argentina para la Calidad en Atención de la Salud - SACAS). Esta innovadora colaboración comenzó en el año 2004 con la firma de un convenio de colaboraron entre la Escuela de Medicina de la UNCo y SACAS para el desarrollo del Curso Superior de Gestión de la Calidad y Auditoria en Salud que luego se transformó en Carrera de Especialización (Ord. 407/9). Desde los inicios miembros de SACAS participan como docentes de la carrera que se dicta en la Sede Cipolletti (Provincia de Río Negro) de la FACIMED. A partir de 2012, el mismo equipo docente dictará la Carrera en la Sede SACAS.

Estamos seguros que los beneficios que provee la capacitación continua de los profesionales son enormes y los resultados operativos inmediatos. El aprendizaje a través del análisis de casos reales, de talleres ABP, y la posibilidad de compartir ideas y experiencias junto a los actuales actores de los sistemas de salud (público, privado, de obras sociales y de medicina prepaga), colaborará a rediseñar un mejor el sistema de salud para brindar un mejor servicio a la población. La formación de profesionales para la gestión de calidad es esencial porque la Calidad en el Campo de la Salud es un imperativo ético.

2.1.10. CONTROL DE CALIDAD EN SALUD

Según la Revista de la Academia de medicina de Colombia (2011), En el área de la salud Donabedian es considerado pionero por cuanto define los criterios para determinar y asegurar la calidad de la atención médica. Clasifica la monitoría de la calidad de la atención en tres áreas principales involucradas en la prestación de los servicios de salud:

- Estructura
- Proceso
- Resultado final

Como dice J.F. Patiño en su artículo *El Control de Calidad en los Programas de Soporte Metabólico y Nutricional...* "la garantía de la calidad es un concepto y un método operacional que ya está incorporado en el manejo hospitalario, y es algo que demandan no sólo los profesionales de la salud, sino también las empresas prestadoras de salud (EPS), los consumidores y la opinión pública en general". La calidad en salud debe garantizarse como un principio ético ineludible de la práctica clínica. La calidad debe entenderse como hacer las cosas correctas de la manera correcta y en la salud, no sólo debe proporcionarse calidad sino que también se debe mantener y mejorar, logrando así la excelencia.

Defectos en la calidad del servicio prestado acarrea por lo general, problemas de salud para los pacientes y compromisos legales para los prestadores de este servicio. Los usuarios de este servicio de salud dejan de ser actores pasivos y asumen una actitud más dinámica y activa con exigencias específicas, por lo que no sólo es indispensable proporcionar, mantener y mejorar la calidad del servicio y de los resultados, sino que requiere brindar valor agregado al servicio.

El mejor equipo humano puede desarrollar procesos desordenados o inadecuados que produzcan malos resultados, de tal forma que la calidad integral (resultado) se logra a través de una estructura adecuada y una elaboración correcta de los procesos.

Entendiéndose por proceso la secuencia de una serie de tareas organizadas y repetitivas que producen un resultado o producto determinado. La estandarización de los procesos permite minimizar el error (factor humano) y garantizar que los procesos se realicen siempre de la manera que se ha comprobado que es efectiva. A través de los indicadores de gestión se pueden realizar mediciones, seguimiento y tomar medidas correctivas y oportunas que garanticen la calidad de la atención.

En términos pragmáticos podríamos afirmar que la fórmula para obtener los mejores resultados (calidad del servicio) exige el equilibrio entre la calidad del recurso humano (estructura) y la calidad de los procesos (acto médico, interacción paciente-profesional de salud). La única manera de conocer y comprobar que estamos obteniendo los mejores resultados, calidad del servicio, es mediante el diseño de indicadores de gestión que nos permita, evaluar, analizar y revalidar tanto la estructura como los procesos, criterios y estándares de calidad.

Los *indicadores de gestión* son la expresión cuantitativa del comportamiento o desempeño de una organización, departamento, actividad, cuya magnitud al ser comparada con algún nivel de referencia podría estar señalando una desviación sobre la cual se tomarán acciones correctivas o preventivas según el caso. (30)

Según Geibig et al. de la Ohio State University, citado por J.F. Patiño, los componentes indispensables de un programa de control de calidad incluyen:

- La descripción de los indicadores de calidad
- La definición de los criterios de los estándares
- El análisis de los resultados finales
- La revalidación y revisión de los criterios y estándares.

2.1.11. EL PACIENTE QUIRÚRGICO.

Para Eduardo Candel Parra(1990), El paciente y la familia necesitan exponer sus temores sobre la intervención quirúrgica, y de todos es sabida la necesidad de estrecha colaboración con el paciente en el proceso quirúrgico. Todo ello nos va a permitir el intercambio dinámico de información en ambas direcciones; la enfermera ha de demostrar que se interesa por el paciente, lo que ayuda a disminuir la ansiedad presente en el proceso quirúrgico.

La persona que va a ser intervenida ha de saber que la ansiedad es una reacción normal ante una operación, se les debe permitir participar en las decisiones, ya que de esta forma tendrán la sensación de que controlan la situación preoperatoria y postoperatoria.

En Argentina(2010), Las instituciones y profesionales de la salud que realicen actos quirúrgicos, deberán incorporar a sus procedimientos el Listado de Verificación para la Cirugía Segura y su Manual de Uso e Instrucciones, cuya finalidad es mejorar la seguridad de los pacientes, para así reducir las muertes y las complicaciones prevenibles durante este tipo de intervenciones. Así surge de la Resolución N° 28/2012 del Ministerio de Salud de la Nación, a cargo de Juan Manzur, publicada hoy en el Boletín Oficial.

"Este manual se sostiene en evidencias de calidad respecto de las medidas que incrementan la seguridad de los pacientes quirúrgicos", remarcó Gabriel Yedlin, secretario de Políticas, Regulación e Institutos de la cartera sanitaria nacional y, en cuanto a su aplicación, aseguró que "desde el Consejo Federal de Salud (COFESA) se promoverá que todas las jurisdicciones incorporen la guía y que se sumen a la generación y difusión de materiales como éste".

"A través de este procedimiento, que se utiliza en distintas partes del mundo, buscamos sistematizar los distintos pasos que se dan durante un acto quirúrgico", explicó Guillermo Williams, director Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad de la Salud de la cartera sanitaria nacional, al tiempo que destacó que la implementación de esta nueva herramienta "contribuirá a una mayor seguridad de los pacientes".

El manual de procedimiento del Ministerio de Salud de la Nación es el resultado de una adaptación realizada por la Comisión Nacional Asesora para la Seguridad del Paciente –integrada por sociedades científicas e instituciones médicas–, en base al Listado de Verificación Quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su Manual de Aplicación.

Por su parte, la directora de Calidad en Servicios de Salud de la cartera sanitaria, Analía Amarilla, consideró que "esto es un valor agregado para la cirugía segura, porque es la última barrera que se realiza antes de que el paciente se duerma para evitar eventos adversos ligados a este acto".

La funcionaria señaló que lo que se realizó fue una adaptación de documentos de la OMS para la Argentina. "En Estados Unidos el chequeo lo hace el cirujano y en otros países el anestesiólogo. Para nuestro contexto nacional se definió que esta función la cumpliera la instrumentadora quirúrgica –segunda circulante de quirófano–, porque es la persona que conoce todo el contexto del quirófano en ese momento".

"Seguimos la línea de OMS en abordar la seguridad del paciente y la gestión de riesgos sanitarios desde la perspectiva de un problema sistémico y no de las personas", subrayó Amarilla, a la vez que hizo hincapié en que "este es un mecanismo que fomenta la prevención de eventos adversos ligados a la atención de los pacientes".

2.1.12. POLITICA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD.MINSA.

Los Lineamientos de Política Sectorial 2002-2012 realizan un importante avance conceptual al definir como uno de los principios de la política de salud la "calidad de la atención como derecho ciudadano", sin embargo, no se avanza en analizar a profundidad las implicancias de este principio. Los enfoques internacionales se orientan a reconocer la salud como derecho humano y su disfrute como condición inalienable e independiente de cualquier barrera y obstáculo que lo limite; pero igualmente reconoce la calidad como característica intrínseca a este derecho.

A fines del año 2001 se dio un paso importante en el proceso de formación de la política pública de calidad en salud a nivel sectorial, con la publicación del Documento Técnico del Sistema de Gestión de Calidad en Salud del Ministerio de Salud, aprobada por R.M. N° 768-2001-SA/DM. Este documento contiene la primera formulación de la política de calidad en salud, que luego sufre algunas modificaciones que son recogidas en la nueva versión del Documento Técnico en mención, aprobado por R.M. N° 519-2006/MINSA.

Los Lineamientos de Política Nacional de Salud formulados el 2002 orientaron la elaboración del Plan Nacional Concertado de Salud aprobado el 2007 y donde se recoge de manera explícita la preocupación por el desarrollo de calidad de la atención de salud a través de su Quinto Lineamiento titulado: “Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad” y se traza como objetivo estratégico “ampliar la oferta, mejorar la calidad y la organización de los servicios de salud del sector según las necesidades y demanda de los usuarios” definiendo además un conjunto de metas al 2011. En esta orientación la presente Política Nacional de Calidad en Salud despliega el Quinto Lineamiento de Política, precisando su contenido, así como las responsabilidades en su implementación. En consecuencia, la Política Nacional de Calidad en Salud, es la parte de la Política Nacional de Salud referida al desarrollo de la calidad de la atención de salud, con alcance nacional y sectorial.

Finalmente es menester valorar la preocupación de los analistas de política por apoyar la formulación de políticas públicas sustentadas en un sólido cuerpo de evidencias, preocupación por demás legítima en tanto se conciba la evidencia como la estructura argumentativa basada en el conocimiento científico, pero también en la experiencia relevante, capaz de orientar los procesos decisorios incrementando la probabilidad de efectividad y eficiencia de las intervenciones propuestas. En tal sentido, se ha de tener presente que los análisis realizados por organizaciones dedicadas a cooperar con decisores de políticas de salud en el campo de la calidad coinciden al “enfaticar que, en el campo de la calidad, el contexto dentro del cual se utiliza la evidencia, es decisivo. En tal caso, la evidencia no puede ser considerada neutral, como si lo es cuando se le usa por ejemplo en las decisiones clínicas”.

Pese a no contarse en el país con estudios de evaluación de la calidad de atención suficientemente integrales y rigurosos, a la luz de resultados parciales del proceso de autoevaluación de la atención materno-perinatal y en menor grado de otros tipos de atenciones, es posible colegir que, no obstante los esfuerzos desplegados por el Ministerio de Salud y las demás

organizaciones proveedoras de salud, el nivel de calidad dista mucho de ser satisfactorio. Complementariamente, la población percibe baja calidad en la atención que recibe según se concluye de los estudios realizados anualmente por la Universidad de Lima donde se aprecia no sólo un bajo nivel en la percepción de calidad, sino también una tendencia a seguir ascendiendo, tanto para los hospitales del MINSA, como para los de EsSalud.

Esta inadecuada situación puede encontrar una explicación en el bajo nivel de desarrollo de la calidad, producto a su vez de la insuficiente voluntad política puesta por la Autoridad Sanitaria para lograr este desarrollo. Esta situación se evidencia en los resultados de la medición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública en el Perú realizada el 2006 donde la novena función esencial (FESP 9) que atañe al desarrollo de calidad no alcanza siquiera el promedio del conjunto.

Situación de la Calidad en Salud

Cabe señalar que la baja calidad de la atención constituye actualmente uno de los mayores obstáculos para enfrentar con éxito los problemas sanitarios reconocidos como prioridades nacionales, principalmente la elevada mortalidad materna y neonatal, que definitivamente no pueden ser abordadas con intervenciones simples y altamente costo efectivas; frente a estos riesgos básicamente la capacidad resolutive, pero principalmente la calidad de la atención son los factores que hacen la diferencia respecto a la eficacia de la intervención.

A su vez, el establecimiento del aseguramiento universal, logro que sin duda nos ubica en otro estadio del desarrollo sanitario, consagra meridianamente el ejercicio ciudadano del derecho a la salud al garantizar la calidad de las atenciones a ser provistas a la población, de manera explícita. Este compromiso con la salud de la población se transforma en una exigencia para que la Autoridad Sanitaria fortalezca su función rectora y levantan la necesidad de claras y precisas definiciones de políticas en este campo. En este esfuerzo se inscribe la presente formulación de política pública en el campo de la calidad.

2.1.13. POLITICA DE CALIDAD DE SALUD EN ESSALUD.

En el marco de las cuatro grandes políticas institucionales, aprobadas mediante resolución de Gerencia General N° 771-GG-ESSLUD-2007 y su Directiva N° 006-GG-ESSALUD-2007, la Presidencia Ejecutiva y el Comité de Gestión de EsSalud vienen impulsando, con carácter prioritario, un conjunto de iniciativas que buscan desarrollar una Cultura de Atención al Asegurado, teniendo como uno de sus proyectos principales el denominado “Mejora del trato al Asegurado”.

En esa línea, se ha considerado necesario contar con un Programa de Calidad de Servicio que incluya, por un lado, una política o filosofía de servicio que consiste en la definición de un concepto propio que responda a la misión de la institución donde se establezca cómo debe ser la relación y trato al asegurado. Sin embargo, para hacer realidad esta propuesta y transformarla en una cultura viable y sostenible en el tiempo es necesario, por otro lado, contar con herramientas de gestión y medición con el propósito de asegurar su ejecución y mejora continua en el tiempo por parte de los mismos colaboradores.

La Defensoría del Asegurado como órgano de apoyo a la Presidencia Ejecutiva, vela porque la institución garantice promueva y desarrolle políticas orientadas a elevar la calidad de vida y el bienestar de los asegurados, propiciando el acceso oportuno a las prestaciones con calidad, equidad, eficiencia y oportunidad. En este sentido es responsable de articular las posiciones de los asegurados, contribuyendo en la mejora de la relación entre la institución y éstos, y está impulsando esta iniciativa para lograr un cambio real en la atención hacia los asegurados.

A) OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE CALIDAD DE SERVICIO

El propósito del Programa de Calidad de Servicio se expresa en los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL:

Contar con programa de calidad de servicio que contiene todos los componentes que permiten mejorar de manera sostenible los estándares de satisfacción de los asegurados con el trato y atención que recibe de los servicios de EsSalud, basado en la definición de un modelo de calidad de servicio propio que responde a los atributos más valorados por los asegurados y que genere un diferencial por el que se distinga la organización.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Contar con un modelo propio de calidad de servicio que recoge las demandas, necesidades y expectativas de los asegurados, recogidos en los estudios cuantitativos y cualitativos realizados en las redes asistenciales en el tema.

Contar con protocolos de atención al asegurado que norman y ayudan a estandarizar los procesos de atención cuando estos acuden a recibir prestaciones asistenciales o solicitar información en puestos front desk, dando viabilidad y tangibilidad al modelo.

Contar con herramientas de gestión y medición del cumplimiento de los protocolos a implementar con el propósito de asegurar su ejecución y mejora continua en el tiempo por parte de los mismos colaboradores.

Contar con un sistema de reconocimiento para los colaboradores, en función de los resultados de la medición, para motivar y estimular la mejora continua.

B) PROGRAMA DE CALIDAD DE SERVICIO: COMPONENTES DEL MODELO

Para diseñar el modelo de calidad de servicio, se ha partido de propuestas conceptuales y metodológicas en el tema validadas en instituciones públicas y privadas (1) en la región.

Sin embargo, para garantizar su viabilidad y sostenibilidad en el tiempo, la elaboración de un modelo propio parte necesariamente de diagnósticos previos realizados con asegurados (cliente externo), pero también colaboradores de la institución (cliente interno) de modo tal que el modelo responda la misión y realidad institucional.

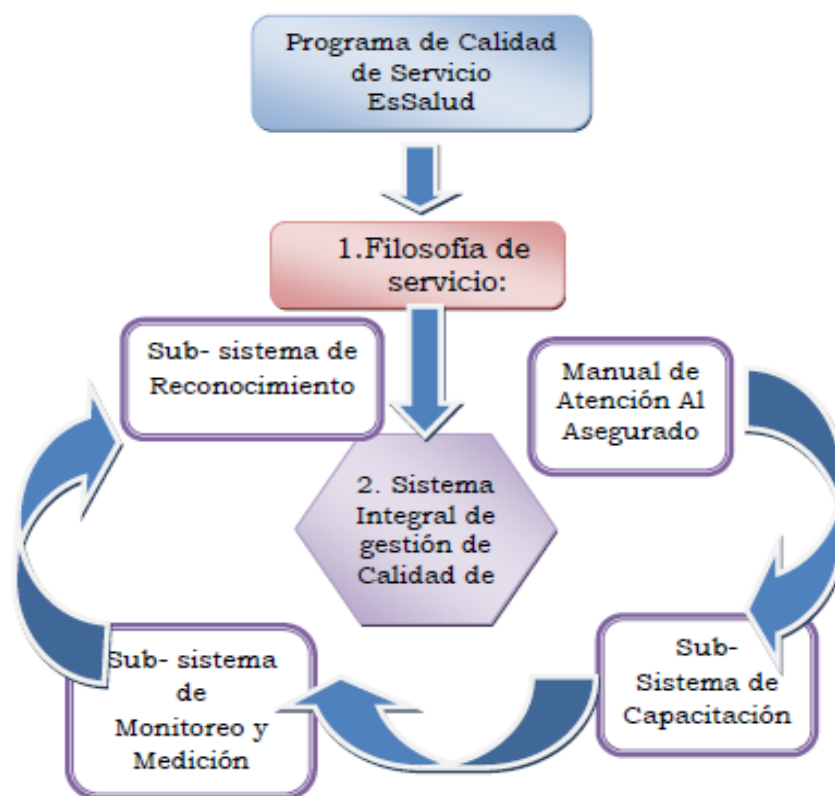
Este es el caso del Programa de Calidad de Servicio de Essalud pues su formulación ha partido de la realización de estudios previos cuyos resultados son el principal aporte para la definición del mismo. Los insumos que ha considerado son los siguientes:

- Registro de quejas en línea - SIAS
- Encuesta de satisfacción de asegurados - DATUM (Agosto – Septiembre 2007)
- Estudio de cliente anónimo - IMASEN (Diciembre 2007– Enero 2008)
- Operativos, visitas, inspecciones
- Elaboración de guías y de protocolos de atención- (Consultora de IT&GS)

Los resultados de estos estudios garantizan el pleno conocimiento de la realidad asistencial y de las expectativas y demandas de los asegurados que tienen que ser cubiertas satisfactoriamente por el modelo, pero también se recoge la perspectiva y propuestas concretas de los colaboradores para la formulación de las herramientas de gestión que darán viabilidad al mismo.

El Programa de Calidad de Servicio de EsSalud consta de los componentes que presentamos a continuación.

GRAFICO 2



EXPECTATIVAS DE LOS ASEGURADOS.

Un servicio de calidad, bajo un estilo propio, parte necesariamente del conocimiento de las expectativas, necesidades y demandas de los asegurados.

Por ello la atención y trato (relación con el asegurado) debe responder a las condiciones y características que ellos demandan al contactarse con la institución.

De acuerdo a los estudios realizados (2), los asegurados esperan del servicio:

- **Amabilidad:** el asegurado espera un buen trato, entendido como cordialidad, respeto, humanidad y equidad en la atención (“ser tomado en cuenta”).
- **Disposición para ayudar:** el asegurado espera una actitud de cooperación, interés y compromiso con la resolución de sus inquietudes y problemas.
- **Orientación:** el asegurado busca que el conocimiento del profesional de la salud se traduzca en una orientación adecuada y oportuna frente a sus inquietudes sobre los procesos a seguir o sobre su salud.
- **Información sobre los procedimientos y resultados:** el asegurado espera contar con información completa, accesible y clara a lo largo de todo el proceso de atención.

En conclusión, los asegurados coinciden en demandar que:

“Todo el personal de Essalud muestre en la atención un buen trato, celeridad, accesibilidad y profesionalismo, atendiendo al asegurado con disposición, actitud humanitaria y equidad”.

¿A quienes aplicará el programa de calidad de servicio?

El programa de calidad de servicio busca mejorar la satisfacción de los asegurados, derechohabientes y de todas las personas que reciben prestaciones y/o atenciones de salud y sociales en nuestra institución.

Tomando en cuenta no sólo a los que visitan nuestros centros asistenciales, sino también a los que llaman por teléfono o se contactan vía página Web.

2.2. BASES TEORICAS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE PACIENTES QUIRURGICAMENTE REFERIDOS.

Según el Protocolo de Atención del Servicio de Admisión, Referencias y Contrareferencias de ESSALUD, los siguientes aspectos deben de estar aplicados:

Aspectos a Considerar en la Atención

- Océpese de su imagen personal, ofrezca una apariencia armónica y grata.
- Mantenga una actitud de servicio.
- Comprométase a entregar un buen servicio.
- Si el asegurado se molesta, no lo tome como un asunto personal. Recuerde que su función es responder a los requerimientos de éste y facilitarle los procesos.
- De ser necesario, ofrezca disculpas.
- Evite, bajo cualquier condición, entrar en discusión con el asegurado, concéntrese en el problema mismo y la solución de éste.
- No ponga en duda la palabra del asegurado.
- Compórtese de forma diligente y eficiente, de esta forma evitará aglomeraciones.
- En el trabajo, intente no dejarse influir por sus problemas personales o estado de ánimo.
- Evite aquellas manifestaciones negativas o de desaprobación, verbales y corporales.
- Asegúrese que el asegurado ha comprendido sus explicaciones.
- Procure una correcta modulación y entonación de voz. Hable amistosamente.
- No se precipite en sus respuestas, evite la impulsividad.
- Diríjase al asegurado por su nombre y trátelo de “Usted”.
- Evite transmitir impaciencia y ansiedad, por el contrario muéstrese seguro (a) y confiado (a).
- En caso de no poder dar solución a las inquietudes del asegurado, remítalo a la Oficina de Atención al Asegurado (OAS).
- Interésese y conozca lo que se realiza en otras áreas de su lugar de trabajo, esa información le será útil al momento de relacionarse con el asegurado.

Referencia

Personal Involucrado

- Médico Tratante del Centro Asistencial de Origen.
- Encargado de Acreditación o Admisión de los Centro Asistenciales de Origen y Destino.
- Operador o Técnico Administrativo de las Unidades o Áreas de Referencia y Contrarreferencia de los Centros Asistenciales de Origen y Destino.
- Jefe de la Unidad de Referencia y Contrarreferencia o su equivalente de los Centros Asistenciales de Origen y Destino.
- Director del Centro Asistencial de Origen.

Requerimientos Críticos:

- DNI y Seguro vigente del Asegurado al momento de gestionar su referencia.
- Formato de Contrarreferencia

Pasos en la Atención:

- **El médico tratante del Centro Asistencial de Origen** evalúa el cuadro clínico y si requiere atención, exámenes de ayuda al diagnóstico o tratamiento que no puede ser brindada en el Centro Asistencial de Origen solicitará la referencia del Paciente utilizando el Formato de Referencia, en donde quedan consignados los datos completos del paciente con letra imprenta.
- No se debe incorporar el dato correspondiente al Centro Asistencial de Destino.
- **El Paciente** deberá trasladar el Formato de Referencia emitido a la Unidad de Referencia.
- Responda inquietudes que presente el paciente.
- Informe al paciente respecto a los requerimientos para gestionar su referencia.
- **El Operador o Técnico Administrativo de la Unidad o Área de Referencia y Contrarreferencia del Centro Asistencial de Origen** debe verificar la conformidad del llenado del Formato de Referencia su Acreditación de Derecho y cobertura a través del software (WEB) e informar de los resultados al Jefe de la Unidad de Referencia y Contrarreferencia o su equivalente.

- En el caso de no contar con el Software (WEB) solicitará al paciente la Hoja de Filiación, la cual deberá ser recabada debidamente sellada y visada por la Oficina de Seguros del Centro Asistencial de Origen.
- Si acredita, el **Encargado de Acreditación o admisión del Centro Asistencial de Origen** (esta paso puede ser modificado en caso que el CAS cuente con el software Web) debe imprimir la hoja de filiación consignando su visto bueno y sello correspondiente, adjunto al formato de Referencia y deberá enviarlo a la Unidad o Área de Referencia y contrarreferencia. En Caso de no acreditar, informar al paciente sobre las limitaciones de su atención y se remite el Formato de Referencia para su archivo en la Historia Clínica.
- En el caso de encontrar alguna omisión o error en el contenido del Formato de Referencia coordinar su devolución al médico que lo generó o al Jefe del Servicio correspondiente.

Referencia

Pasos en la Atención (Continuación)

- El Jefe de Servicio Asistencial de origen debe evaluar y calificar la pertinencia de la referencia.
- Si es procedente, aprueba y visa el formato de Referencia. En caso contrario procede a devolverla al Médico tratante.
- **El Operador o técnico administrativo de la Unidad de Referencia del Centro Asistencial de origen** completa el nombre del Centro Asistencial de origen, debe registrar, ingresar datos y remitir el formato de referencia a través del software de Referencia y Contrarreferencia u otra vía de comunicación dentro de las 24 horas de recepcionado.
- **El Jefe de Servicio Asistencial de Destino** debe evaluar la pertinencia de la referencia recepcionada, registrando en el software si es aceptada u observada.
- El envío de la cita u observación debe obtenerse en un plazo no mayor de 24 horas para la atención por consulta externa y de 72 horas para la realización de exámenes de ayuda al diagnóstico.
- **El operador o técnico administrativo de la Unidad de Referencia y Contrarreferencia del centro Asistencial de destino** genera la cita de la

referencia aceptada, luego de lo cual enviará la misma a través del software de Referencia y Contrarreferencia.

- La cita consignará: (1) Centro Asistencial de Destino, (2) Nombre del Servicio, (3) Nombre del Médico, (4) Número de acto médico y (5) Número de consultorio, así como la (6) Hora y (7) Fecha para la atención del paciente.
- De corresponder el caso, **el Jefe de la Unidad del Área de Referencia y Contrarreferencia o su equivalente del Centro Asistencial de Destino** deberá registrar los datos y detalles de la referencia “observada” y comunica al Centro Asistencial de Origen a través del Software de Referencia y Contrarreferencia u otra vía de comunicación.
- **El operador o técnico Administrativo de la Unidad de Referencia y Contrarreferencia del Centro Asistencial de Origen** debe imprimir la cita de la referencia “aceptada” enviada a través del software de Referencia y Contrarreferencia y entrega al paciente la cita otorgada, el formato de referencia original, la hoja de filiación y acreditación y otros documentos según corresponda comunicándole además de la importancia de asistir a su primera cita. En el caso de una referencia “observada” imprime la observación y entrega al Jefe del Servicio Asistencial que autorizó la referencia para las acciones correspondientes.
- Finalmente el paciente recibe la cita y debe acudir al consultorio o servicio en el centro Asistencial
- de Destino. Es responsabilidad del paciente acudir a su cita programada garantizando su presencia en fecha y hora de la cita.
- Solo cuando se deba a razones sustentadas y justificadas, el paciente no asista a la primera cita de atención deberá dirigirse a la Jefatura de la Unidad de Referencia del Centro Asistencial de Destino para gestionar una nueva cita.
- El Hospital EsSalud Vitarte, localizado en el distrito de Ate Vitarte pertenece a la Red Asistencial Almenara, que está conformada además por los hospitales Voto Bernal, Chosica, Casapalca, Díaz Ufano, Huaycan, ubicación geográfica perteneciente a la zona Este.
- El Hospital EsSalud Vitarte ,atiende pacientes de su jurisdicción, y atiende pacientes referidos de estos centros asistenciales con patología quirúrgica para poder ser intervenidos en el hospital..

CAPÍTULO 3: MARCO METODOLOGICO

3.1 HIPÓTESIS

3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL.

HI.

LA CALIDAD DE ATENCION ES ADECUADA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD. VITARTE.

HO.

LA CALIDAD DE ATENCION ES DEFICIENTE EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD. .

3.1.2 HIPOTESIS ESPECÍFICAS

HE1.

LOS ASPECTOS TANGIBLES SON OPTIMOS EN LA CALIDAD DE SERVICIO EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD. VITARTE.

HE2.

LA FIABILIDAD DE LA CALIDAD DE SERVICIO ES ADECUADA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD. VITARTE.

HE3

LA SENSIBILIDAD DE LA CALIDAD DE SERVICIO ES OPTIMA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD. VITARTE.

HE4.

LA SEGURIDAD DE LA CALIDAD DE ATENCION ES ADECUADA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD. VITARTE.

HE5.

LA EMPATIA DE LA CALIDAD DE ATENCION ES IDONEA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD. VITARTE.

3.2 VARIABLES

3.2.1. DEFINICION CONCEPTUAL

V₁ INDEPENDIENTE: CALIDAD DE ATENCION EN SALUD.

Según Wikipedia (2012), La calidad como estrategia es un imperativo prioritario en la gestión de salud actual. La calidad en el resultado es enfocado tanto en lo eficiente del servicio como en un cambio favorable en la historia natural de una enfermedad al ser atendido por los sistemas y servicios de salud

V₂ DEPENDIENTE: PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS.

3.2.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL.

TABLA 2 A) VARIABLE INDEPENDIENTE CALIDAD EN SALUD

DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	Ítems/Índices
1. ASPECTOS TANGIBLES.	Tecnología de Punta. Infraestructura adecuada	-Los hospitales excelentes tienen equipos de apariencia moderna. -Los equipos del Hosp. EsSalud Vitarte, tienen la apariencia de ser modernos. -Las instalaciones físicas de los hospitales excelentes son visualmente atractivas.	I=10 Validación de 1 a 7
2.FIABILIDAD	Expectativa Interés en el Paciente.	- Cuando los hospitales excelentes prometen hacer algo en cierto tiempo, lo hacen. - Cuando en el Hosp. EsSalud Vitarte prometen hacer algo en cierto tiempo, lo hacen.	I=10 Validación de 1 a 7

		<ul style="list-style-type: none"> · Cuando un paciente tiene un problema, los hospitales excelentes muestran un sincero interés en solucionarlo. 	
3.SENSIBILIDAD	Comunicación. Información oportuna Servicio Excelente.	<ul style="list-style-type: none"> · En un hospital excelente, los médicos y enfermeras comunican a los pacientes cuándo concluirá la realización de un servicio. · Los médicos y enfermeras del Hosp. EsSalud Vitarte, informan con precisión a los pacientes cuándo concluirá la realización de un servicio. · En un hospital excelente, los trabajadores ofrecen un servicio rápido a sus clientes. 	I=10 Validación de 1 a 7
4.SEGURIDAD	Comportamiento Confianza. Seguridad.	<ul style="list-style-type: none"> · El comportamiento de los médicos y enfermeras de los hospitales excelentes transmite confianza a sus pacientes. · El comportamiento de los médicos y enfermeras del Hosp. EsSalud Vitarte, le transmite confianza. · Los pacientes de los hospitales excelentes se sienten seguros de las intervenciones quirúrgicas que les van a realizar. 	I=10 Validación de 1 a 7

TABLA 4 REFERENCIAS MEDICO – QUIRURGICAS
ENERO – DICIEMBRE 2011

SERVICIOS	TOTAL POR SERVICIOS	CENTRO DE DESTINO												
		CAP III EL AGUSTINO	POLI CHOSICA	CAP III HUAYCAN	C. M. CASAPALCA	PADOMI PROG. ATENCIÓN DOMICILI	POLI SAN LUIS	HOSP II C.G. SAN ISIDRO LABRADOR	CAP III INDEPENDENCIA	POLI FRANCISCO PIZARRO	HOSP I AURELIO DÍAZ- UFANO Y P	UBAP SANTUAN DE DIOS	HOSP I JORGE VOTO BERNALES	UBAP ZARATE
UROLOGIA	1110	0	803	263	11	1	2	0	0	0	0	26	4	0
CIRUGIA GENERAL	1337	0	879	347	46	1	3	0	0	0	0	60	1	0
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	1487	13	673	529	106	0	30	2	2	4	8	78	41	1
OTORRINOLARINGOLOGIA	1659	0	985	502	25	0	0	0	0	0	0	48	99	0
OFTALMOLOGIA	2435	91	925	1132	26	8	4	1	0	0	0	41	207	0
GINECOLOGIA	357	0	198	107	15	0	2	1	0	0	0	33	1	0
TOTAL	8385													

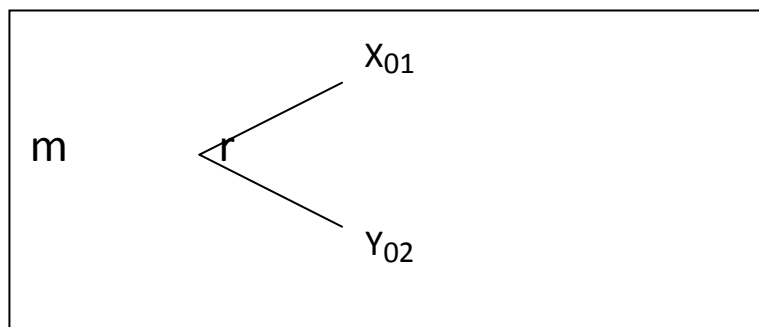
3.3. METODOLOGIA

3.3.1. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de Enfoque Cuantitativo, porque se van a medir los indicadores, de tipo aplicado porque según Hernández Sampieri(2010,p) ya que se busca la aplicación o utilización de los conocimientos que se adquieren. La investigación aplicada se encuentra estrechamente vinculada con la investigación básica, pues depende de los resultados y avances de esta última; esto queda aclarado si nos percatamos de que toda investigación aplicada requiere de un marco teórico. Sin embargo, es una investigación empírica, porque lo que nos interesa, primordialmente, son las consecuencias prácticas y tipo descriptivo – correlacional. Es Descriptivo porque describe los fenómenos que estamos observando pero identificando las diferentes áreas o dimensiones del problema. Es correlacional, porque se establece la correlación o relación entre las dos variables, es decir se trata de conocer si una determinada variable esta asociada con la otra, pero no explica la relación causal entre ellas.

3.3.2. DISEÑO DEL ESTUDIO.

Aplicaremos el diseño no experimental, porque se observara el hecho o fenómeno en su condición natural, sin manipulación deliberada de las variables. El esquema a utilizar es el siguiente:



Dónde:

m: Muestra

X_{01} : Variable Calidad de Atención

Y_{02} : Variable Pacientes Referidos..

r : Relación

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1.- POBLACIÓN.

La población está conformada por los 15,954, pacientes quirúrgicos referidos en los años 2010 y 2011.

La población a la que se le aplicara la investigación y sobre la cual se pretende generalizar los resultados es una población intacta es “decisión aquellos en donde el conjunto de sujetos no se asignan de manera aleatoria o al azar si no que ya estaban formados antes del experimentar (Hernández Sampieri, 2010 p.256)

3.4.2.- MUESTRA.

CALCULO DE LA MUESTRA

El cálculo del tamaño de la muestra obtenida como grupo representativo resultó de la aplicación del siguiente estadígrafo:

$$n = \frac{Npq}{\left[\frac{ME^2}{NC^2} (N - 1) \right] + pq}$$

Donde:

n = muestra

N = población

p y q = son valores representados por (0.5)

ME = Margen de error

NC = Nivel de confianza al 95%

Z = Trabajamos con el valor Z de NC = 1.96

1 = Es una constante

$$n = \frac{15954 (0.5)(0.5)}{\left[\frac{(0.05)^2}{(1.96)^2} (994 - 1) \right] + (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{15954 (0.25)}{\left[\frac{0.0025}{3.8416} 15953 \right] + 0.25}$$

$$n = \frac{3989}{10.63}$$

$$n = 375$$

HABIENDO OBTENIDO CON LA APLICACIÓN DE LA FORMULA LA MUESTRA DE 375 PACIENTES REFERIDOS, PARA MEJORAR LA CALIDAD DEL ESTUDIO LA MUESTRA SE ELEVARA A 1000 PACIENTES.

Según Hernández Sampieri 2010 p. 176) nuestra muestra es:

Muestreo probabilístico: Subgrupo de la población en el que todos los elementos de ésta tiene la misma posibilidad de ser elegidos.

3.5. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El Método de investigación es científico porque es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos, empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno, sobre las características que presenta.(Hernández Sampieri 2010 p4). En la actualidad se discute ampliamente el planteamiento de la existencia de dos paradigmas de investigación de dos perspectivas distintas “la cuantitativa” y “la cualitativa”.

Se habla de una perspectiva cuantitativa, se resume en lo que sucede es lo que el investigador dice que ocurre, mientras que la perspectiva cualitativa se sintetiza en lo que sucede es lo que los participantes dicen que ocurre. En resumen lo cuantitativo se identifica con el número lo positivo, lo hipotético – deductivo, lo particular, lo objetivo, la búsqueda de resultados generalizables, lo confiable y lo valido. Mientras que lo cualitativo se, asocia con la palabra, lo fenomenológico, lo inductivo, lo holístico, lo subjetivo, la interpretación de casos, lo creíble y lo confiable.

En este estudio se abordó el método cuantitativo, porque nos ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, nos otorga control sobre los fenómenos, así como un punto de vista de conteo y la magnitud de estos. Asimismo nos brinda una gran posibilidad de réplica y un enfoque sobre puntos específicos de tales fenómenos, además que facilita la comparación entre estudios similares.

Este método se denomina positivista, científico – tecnológico y sistemático gerencial. Se caracteriza por su naturaleza cuantitativa con el fin de asegurar la precisión y el rigor que requiere la ciencia, se ha enraizado filosóficamente en el positivismo. Esto implica que solo serán objeto de estudio los fenómenos observables, ya que estos son los únicos susceptibles de medición, análisis de control experimental.

El método cuantitativo, usa recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.6.1. TÉCNICAS.

En este estudio se hará uso de la técnica de la encuesta y cuestionario.

Según Hernández (2006:473) “la encuesta es el procedimiento adecuado para recolectar datos a grandes muestras en un solo momento, en ese orden de ideas la presente investigación utiliza las técnica referidas en la muestra” Se utilizara el instrumento cuestionario y la prueba.

3.6.2. INSTRUMENTOS.

Para la Variable Independiente Calidad en Salud se empleo el Instrumento **SERVQUAL**

Según Wikipedia (2012). **SERVQUAL** o evaluador es un marco de calidad de servicio . **SERVQUAL** fue desarrollado a mediados de los años ochenta por Zeithaml, Parasuraman y Berry.

Concepto

SERVQUAL se midió originalmente en 10 aspectos de la calidad del servicio: fiabilidad, capacidad de respuesta, la competencia, el acceso, la cortesía, la comunicación, la credibilidad, la seguridad, la comprensión del cliente y tangibilidad. Se mide la brecha entre las expectativas del cliente y la experiencia.

En los años noventa los autores habían perfeccionado el modelo a las siglas EVALUADOR útil:

- Confiabilidad
- Garantía
- Tangibles
- La empatía , y
- Sensibilidad

SERVQUAL tiene sus detractores y es considerado demasiado complejo, subjetivo y poco fiable estadísticamente. El modelo simplificado EVALUADOR sin embargo, es un modelo sencillo y útil para explorar y evaluar cualitativamente las experiencias de los clientes de servicios y ha sido utilizado ampliamente por las organizaciones de prestación de servicios. Se trata de un eficaz modelo para ayudar a dar forma a una organización sus esfuerzos en la reducción de la brecha entre el servicio percibido y lo esperado.

Los cinco espacios que las organizaciones deben medir, gestionar y minimizar:

- **Brecha 1** es la distancia entre lo que los clientes esperan y lo que los directivos piensan que esperar - Es evidente que la investigación por encuestas es un medio fundamental para reducir esta brecha.
- **El espacio 2** es entre la percepción de la gestión y la especificación real de la experiencia del cliente - Los gerentes deben asegurarse de que la organización está definiendo el nivel de servicio que creen que se necesita.
- **Gap • 3** es de la especificación de la experiencia a la entrega de la experiencia - Los gerentes tienen que auditar la experiencia del cliente que su organización ofrece en la actualidad con el fin de asegurarse de que está a la altura de la especificación.

- **Brecha 4** es la diferencia entre la entrega de la experiencia del cliente y lo que se comunica a los clientes - Con demasiada frecuencia, las organizaciones exageran lo que se proporcionará a los clientes, o discutir el mejor de los casos más que el caso probable, elevando las expectativas de los clientes y dañar las percepciones del cliente.
- **Brecha 5** es la brecha entre la percepción de un cliente de la experiencia y la expectativa del cliente del servicio - las expectativas de los clientes han sido formados por el boca a boca, sus necesidades personales y sus propias experiencias del pasado. Rutina encuestas transaccionales después de entregar la experiencia del cliente son importantes para una organización para medir las percepciones de los clientes del servicio.

Nyeck, Morales, Ladhari, y Pons (2002) declaró la herramienta de medición SERVQUAL "sigue siendo el intento más completo de conceptualizar y medir la calidad del servicio" (p. 101). La principal ventaja de la herramienta de medición SERVQUAL es la capacidad de los investigadores para examinar numerosas industrias de servicios como la sanidad, banca, servicios financieros, y la educación (Nyeck, Morales, Ladhari, y Pons, 2002). El hecho de que SERVQUAL tiene críticos no hace que la herramienta de medición discutible. Por el contrario, las críticas recibidas sobre la herramienta de medición SERVQUAL puede tener más que ver con cómo los investigadores utilizan la herramienta. Nyeck, Morales, Ladhari, y Pons (2002) revisaron 40 artículos que hicieron uso de la herramienta de medición SERVQUAL y descubrió "que pocos investigadores se ocupan de la validación de la herramienta de medición" (p. 106).

Críticas

Francisco Buttle críticas SERVQUAL en el artículo "SERVQUAL: revisión, crítica, agenda de investigación" en una serie de bases teóricas y operativas. En particular, señala que 5 de las dimensiones SERVQUAL (confiabilidad, fiabilidad, tangibilidad, empatía, capacidad de respuesta) no son universales, y que el modelo no puede basarse en la teoría establecida económica, estadística y psicológica. A pesar de la cara SERVQUAL y validez de constructo está en duda, es ampliamente utilizado en los formularios publicados y modificado para medir las expectativas del cliente y la percepción de la calidad del servicio.

Luis Fernández Lages y Joana en el artículo "La escala SERQVAL: un instrumento multi-ítem para medir los valores de servicios personales", sugiere que las decisiones de los consumidores finales se toman en un nivel más alto de abstracción. Al igual que en la escala SERVQUAL, los valores de servicio de Carácter Personal (SERPVAL) escala también es multi-dimensional. Presenta tres dimensiones de valor de servicio a: 1) la vida pacífica, 2) el reconocimiento social, y 3) la integración social. Todas las tres dimensiones SERPVAL están asociados con la satisfacción del consumidor

PARA LA VARIABLE DEPENDIENTE PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS.

3.7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

INSTRUMENTO DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE SERVQUAL.

El instrumento que se empleo para la recolección de los datos, fue analizados tomando en cuenta las escalas de medición de las variables de estudio.

En efecto se hizo un análisis de confiabilidad del instrumento por el método de ALFA DE CRONBACH, Realizado el análisis se observó el grado de confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos.

ALFA DE CRONBACH, Se trata de un índice de consistencia, interna que toma valores entre 0 y 1 y que sirve para comprobar si el instrumento que se está evaluando recopila información defectuosa y por tanto nos llevaría a conclusiones equivocadas o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes. Alfa es por tanto un coeficiente de correlación al cuadrado que, a grandes rasgos, mide la homogeneidad de las preguntas promediando todas las correlaciones entre todos los ítems, para ver que, efectivamente, se parecen.

Su interpretación será que, cuanto más se acerque el índice al extremo 1, mejor es la fiabilidad, considerando una fiabilidad respetable a partir de 0,80.

TABLA 5

ESTADISTICOS ITEM-TOTAL: VARIABLE INDEPENDIENTE: LA CALIDAD DE ATENCION HOSPITALARIA				
	MEDIA ARITMETICA DE LA ESCALA SI SE ELIMINA EL ITEM	VARIANZA DE LA ESCALA SI SE ELIMINA EL ITEM	CORRELACION ITEM - TOTAL CORREGIDA	ALFA DE CRONBACH SI SE ELIMINA EL ITEM
ITEM 1	85,63	94,65	0,46	0,83
ITEM 2	85,40	96,39	0,19	0,84
ITEM 3	86,60	94,46	0,37	0,83
ITEM 4	86,60	96,80	0,20	0,84
ITEM 5	85,43	96,53	0,22	0,84
ITEM 6	85,53	96,12	0,20	0,84
ITEM 7	86,63	94,31	0,43	0,83
ITEM 8	85,50	95,36	0,37	0,83
ITEM 9	85,97	93,00	0,32	0,83
ITEM 10	86,40	94,46	0,34	0,83
ITEM 11	85,47	95,71	0,26	0,84
ITEM 12	85,80	93,27	0,44	0,83
ITEM 13	85,70	92,42	0,41	0,83
ITEM 14	86,40	97,83	0,07	0,84
ITEM 15	85,97	96,93	0,09	0,84
ITEM 16	85,27	96,62	0,24	0,84
ITEM 17	85,67	95,13	0,42	0,83
ITEM 18	86,87	98,40	0,12	0,84
ITEM 19	86,37	93,41	0,42	0,83
ITEM 20	86,23	92,88	0,42	0,83
ITEM 21	85,63	94,65	0,46	0,83
ITEM 22	85,40	96,39	0,19	0,84
ITEM 23	86,60	94,46	0,37	0,83
ITEM 24	86,60	96,80	0,20	0,84
ITEM 25	85,43	96,53	0,22	0,84
ITEM 26	85,53	96,12	0,20	0,84
ITEM 27	86,63	94,31	0,43	0,83
ITEM 28	85,50	95,36	0,37	0,83
ITEM 29	85,97	93,00	0,32	0,83
ITEM 30	86,40	94,46	0,34	0,83
ITEM 31	85,47	95,71	0,26	0,84
ITEM 32	85,80	93,27	0,44	0,83
ITEM 33	85,70	92,42	0,41	0,83
ITEM 34	86,40	97,83	0,07	0,84
ITEM 35	85,97	96,93	0,09	0,84
ITEM 36	85,27	96,62	0,24	0,84
ITEM 37	85,67	95,13	0,42	0,83
ITEM 38	86,87	98,40	0,12	0,84
ITEM 39	86,37	93,41	0,42	0,83
ITEM 40	86,23	92,88	0,42	0,83
ITEM 41	85,67	95,13	0,42	0,83
ITEM 42	86,87	98,40	0,12	0,84
ITEM 43	86,37	93,41	0,42	0,83
ITEM 44	86,23	92,88	0,42	0,83

FUENTE: Programa Estadístico SPSS 19.0 Español

TABLA 6

RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS			
		N	%
CASOS	VALIDOS	30	100
	EXCLUIDOS (a)	0	0
	TOTAL	30	100
(a) ELIMINACION POR LISTA BASADA EN TODAS LAS VARIABLES DEL PROCEDIMIENTO			
FUENTE: Programa Estadístico SPSS 19.0 Español			
ESTADÍSTICOS DE CONFIABILIDAD			
ALFA DE CRONBACH (MEDIANTE LA VARIANZA DE LOS ÍTEMS)			0.84
ALFA DE CRONBACH (MEDIANTE LA MATRIZ DE CORRELACIÓN DE LOS ÍTEMS)			0.85
NÚMERO DE ÍTEMS			44
FUENTE: Programa Estadístico SPSS 19.0 Español			
ALFA DE CRONBACH (NIVELES DE CONFIABILIDAD)			
BAJA CONSISTENCIA INTERNA		≤ 0.59	
ACEPTABLE CONSISTENCIA INTERNA		0.60 a 0.79	
BUENA CONSISTENCIA INTERNA		0.80 a 0.89	
ELEVADA CONSISTENCIA INTERNA		0.90 a 1.0	
FUENTE: Kaplan, RM y Saccuzzo, DP (2001). Pruebas Psicológicas: Principio, Aplicaciones y problemas (5ª Edición), Belmont, CA: Wadsworth			

3.8. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó el software Excel y el software estadístico SPSS 19.0 para evaluar la Variable Independiente.

Las fórmulas Estadísticas a usar, son las siguientes:

A. MEDIA ARITMETICA DE DATOS AGRUPADOS.

$$\bar{X} = \frac{\sum f \cdot x}{n}$$

Donde:

\bar{x} = Media aritmética

X = Valor central o punto medio de cada clase.

f = Frecuencia en cada clase.

$\sum fX$ = Sumatoria de los productos de las frecuencias en cada clase multiplicada por el punto medio de ésta.

n = Número total de frecuencias.

B. DESVIACIÓN ESTANDAR MUESTRAL PARA DATOS AGRUPADOS

$$s = \sqrt{\frac{\sum fX^2 - \frac{(\sum fX)^2}{n}}{n - 1}}$$

Donde:

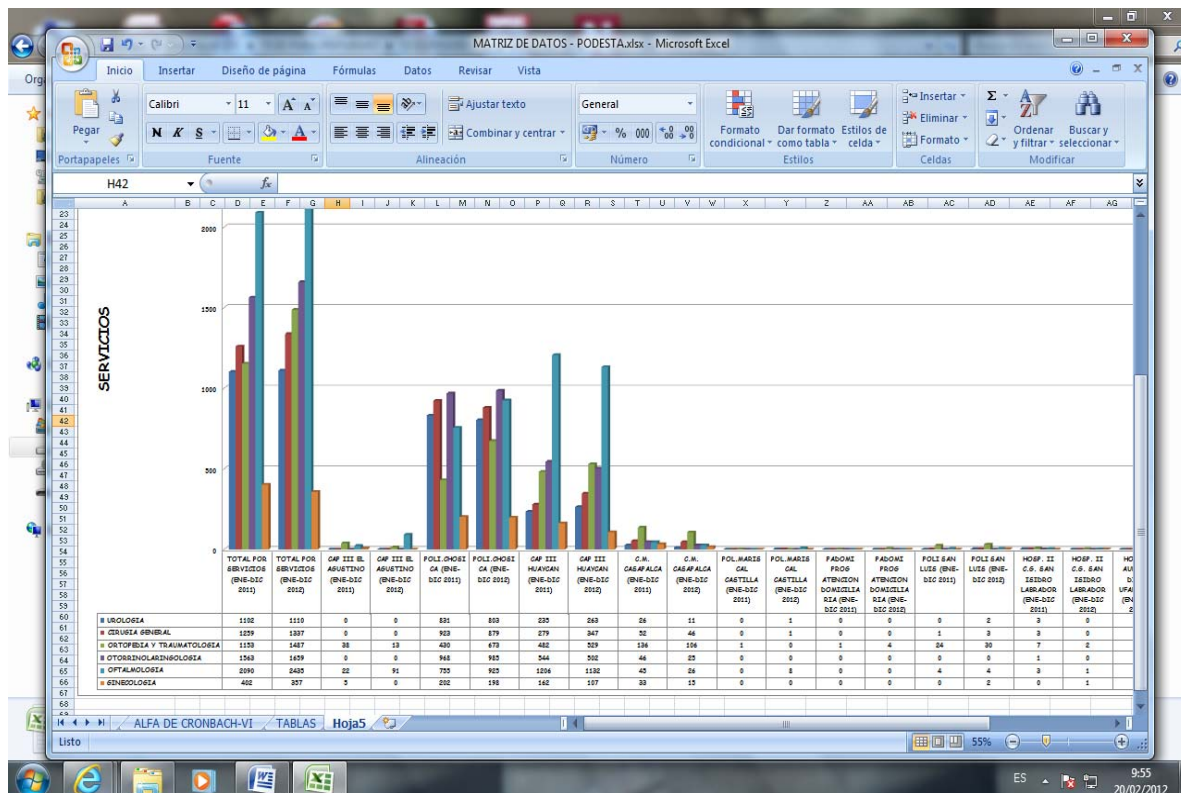
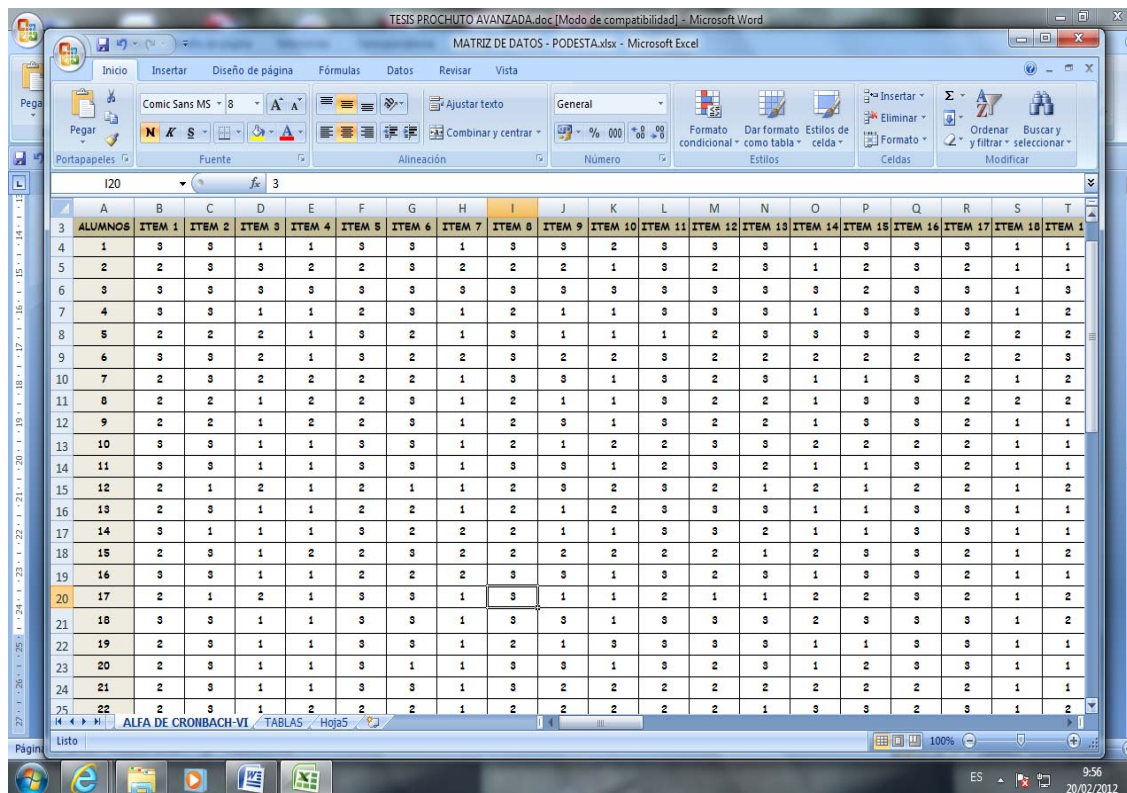
s = Desviación estándar muestral.

X = Punto medio de una clase.

f = Frecuencia de clase.

n = Número total de observaciones en la muestra.

EJEMPLO DE LA APLICACIÓN DEL SOFTWARE SPSS19 EN LA OBTENCION DE DATOS DEL TRABAJO DE CAMPO.



CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. DESCRIPCION DE RESULTADOS.

Luego de recopilar los datos de los **1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE** en estudio, realizamos el procesamiento estadístico de la información en forma sistematizada, para luego presentarlos utilizando tablas y gráficos a fin de facilitar su comprensión.

Los resultados fueron los siguientes:

4.1.2. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

A. VARIABLE INDEPENDIENTE: LA CALIDAD DE LA ATENCION HOSPITALARIA

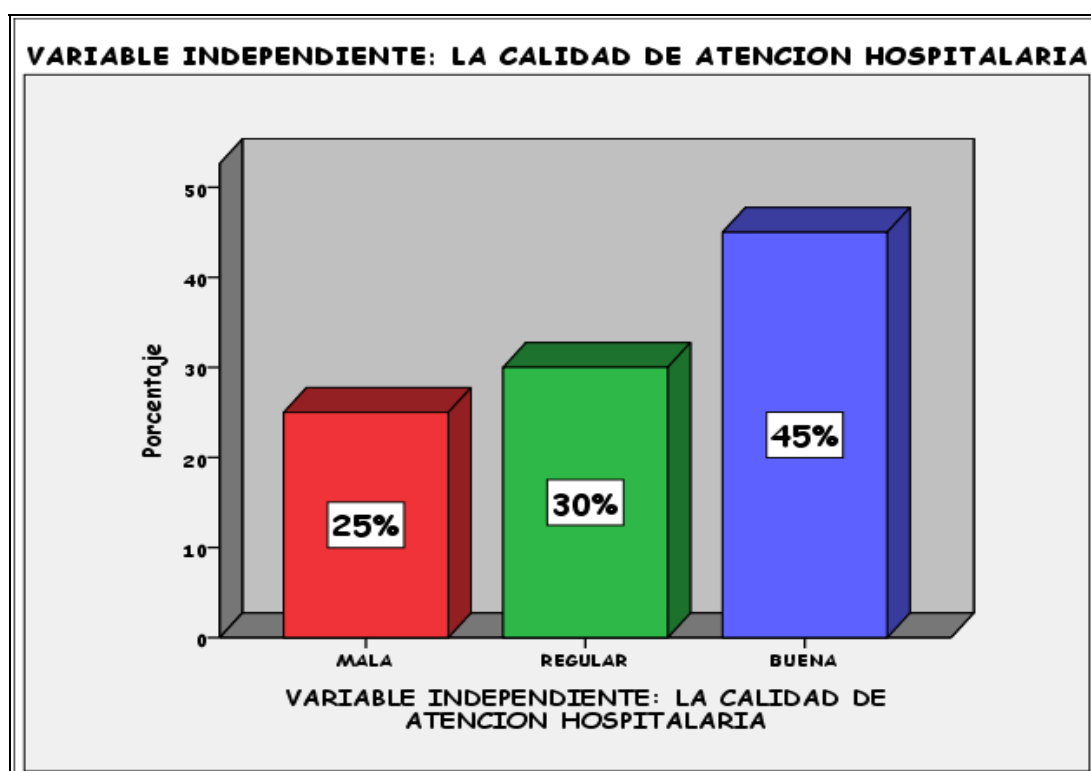
TABLA 7

Estadísticos		
VARIABLE INDEPENDIENTE: LA CALIDAD DE ATENCION HOSPITALARIA		
N	Válidos	1000
	Perdidos	0
Media		2,20
Error típ. de la media		,026
Mediana		2,00
Moda		3
Desv. típ.		,813
Varianza		,661
Asimetría		-,381
Error típ. de asimetría		,077
Curtosis		-1,387
Error típ. de curtosis		,155
Rango		2
Mínimo		1
Máximo		3
Suma		2200

TABLA 8

VARIABLE INDEPENDIENTE: LA CALIDAD DE ATENCION HOSPITALARIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MALA	250	25,0	25,0	25,0
	REGULAR	300	30,0	30,0	55,0
	BUENA	450	45,0	45,0	100,0
	Total	1000	100,0	100,0	

GRAFICO 3



En la grafica se puede observar que la variable fue categorizada a tres niveles; así mismo, se describe que el 25% de los **1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE** , han presentado un nivel: malo en cuanto a la variable independiente: la calidad de la atención hospitalaria, mientras que el 30% han presentado un nivel: regular y el 45% han presentado el nivel: bueno en dicha condición.

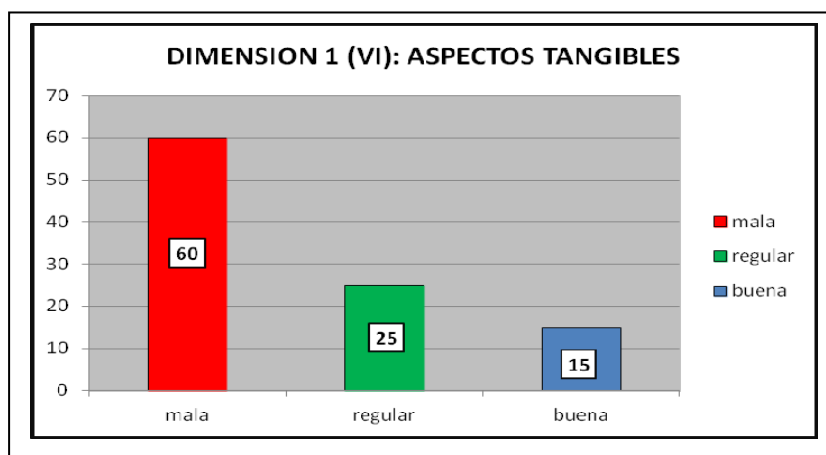
TABLA 9 A1. DIMENSION 1: ASPECTOS TANGIBLES

Estadísticos		
DIMENSION 1 (VI): ASPECTOS TANGIBLES		
N	Válidos	1000
	Perdidos	0
Media		1,55
Error típ. de la media		,023
Mediana		1,00
Moda		1
Desv. típ.		,740
Varianza		,548
Asimetría		,940
Error típ. de asimetría		,077
Curtosis		-,567
Error típ. de curtosis		,155
Rango		2
Mínimo		1
Máximo		3
Suma		1550

TABLA 10

DIMENSION 1 (VI): ASPECTOS TANGIBLES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MALA	600	60,0	60,0	60,0
	REGULAR	250	25,0	25,0	85,0
	BUENA	150	15,0	15,0	100,0
	Total	1000	100,0	100,0	

GRAFICO 4



En la grafica se puede observar que la dimensión de la variable fue categorizada a tres niveles; así mismo, se describe que el 60% de los **1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE**, han presentado un nivel: malo en cuanto a la variable independiente: la calidad de la atención hospitalaria en su dimensión 1 (vi): aspectos tangibles, mientras que el 25% han presentado un nivel: regular y el 15% han presentado el nivel: bueno en dicha condición.

TABLA 11

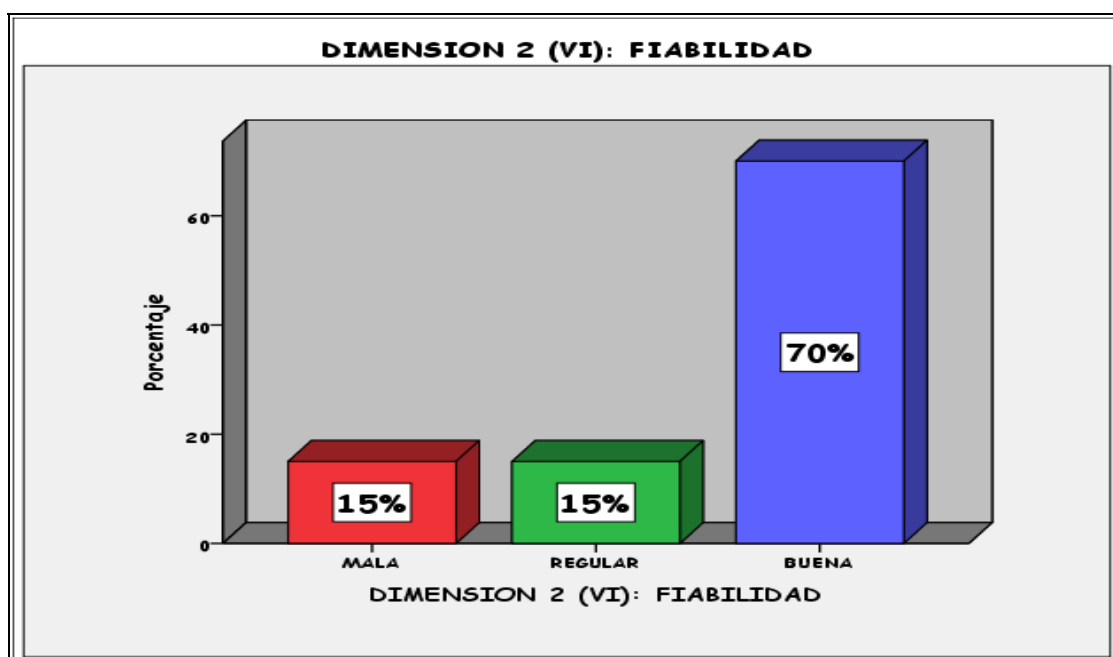
A2. DIMENSION 2: FIABILIDAD

Estadísticos		
DIMENSION 2 (VI): FIABILIDAD		
N	Válidos	Perdidos
	1000	0
Media	2,55	
Error típ. de la media	,023	
Mediana	3,00	
Moda	3	
Desv. típ.	,740	
Varianza	,548	
Asimetría	-1,285	
Error típ. de asimetría	,077	
Curtosis	,036	
Error típ. de curtosis	,155	
Rango	2	
Mínimo	1	
Máximo	3	
Suma	2550	

TABLA 12

DIMENSION 2 (VI): FIABILIDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MALA	150	15,0	15,0	15,0
	REGULAR	150	15,0	15,0	30,0
	BUENA	700	70,0	70,0	100,0
	Total	1000	100,0	100,0	

GRAFICO 5



En la grafica se puede observar que la dimensión de la variable fue categorizada a tres niveles; así mismo, se describe que el 15% de los **1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE**, han presentado un nivel: malo en cuanto a la variable independiente: la calidad de la atención hospitalaria en su dimensión 2 (vi): fiabilidad, mientras que el 15% han presentado un nivel: regular y el 70% han presentado el nivel: bueno en dicha condición.

A3. DIMENSION 3: SENSIBILIDAD

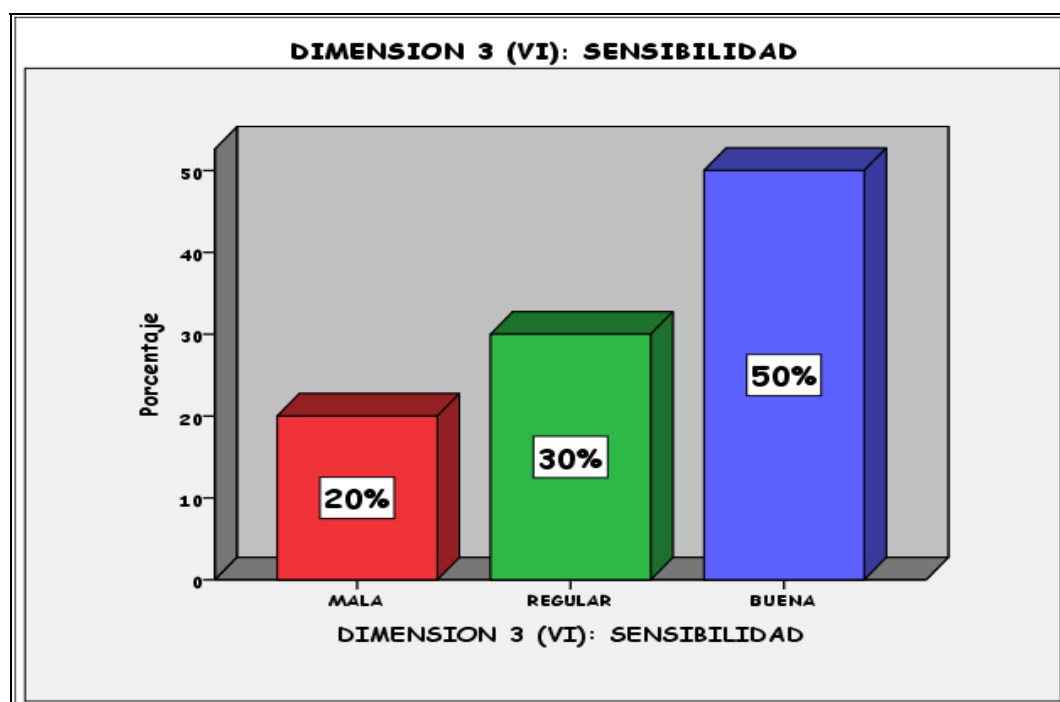
TABLA 13

Estadísticos		
DIMENSION 3 (VI): SENSIBILIDAD		
N	Válidos	1000
	Perdidos	0
Media		2,30
Error típ. de la media		,025
Mediana		2,50
Moda		3
Desv. típ.		,781
Varianza		,611
Asimetría		-,580
Error típ. de asimetría		,077
Curtosis		-1,135
Error típ. de curtosis		,155
Rango		2
Mínimo		1
Máximo		3
Suma		2300

TABLA 14

DIMENSION 3 (VI): SENSIBILIDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MALA	200	20,0	20,0	20,0
	REGULAR	300	30,0	30,0	50,0
	BUENA	500	50,0	50,0	100,0
	Total	1000	100,0	100,0	

GRAFICO 6



En la grafica se puede observar que la dimensión de la variable fue categorizada a tres niveles; así mismo, se describe que el 20% de los **1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE**, han presentado un nivel: malo en cuanto a la variable independiente: la calidad de la atención hospitalaria en su dimensión 3 (vi): sensibilidad, mientras que el 30% han presentado un nivel: regular y el 50% han presentado el nivel: bueno en dicha condición.

A4. DIMENSION 4: SEGURIDAD

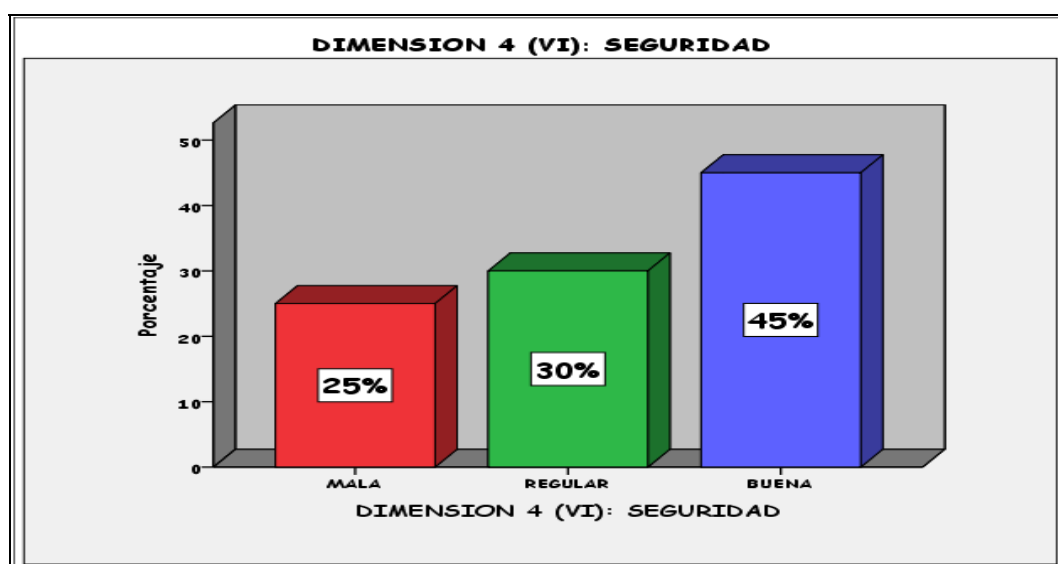
TABLA15

Estadísticos		
DIMENSION 4 (VI): SEGURIDAD		
N	Válidos	1000
	Perdidos	0
Media		2,20
Error típ. de la media		,026
Mediana		2,00
Moda		3
Desv. típ.		,813
Varianza		,661
Asimetría		-,381
Error típ. de asimetría		,077
Curtosis		-1,387
Error típ. de curtosis		,155
Rango		2
Mínimo		1
Máximo		3
Suma		2200

TABLA 16

DIMENSION 4 (VI): SEGURIDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MALA	250	25,0	25,0	25,0
	REGULAR	300	30,0	30,0	55,0
	BUENA	450	45,0	45,0	100,0
	Total	1000	100,0	100,0	

GRAFICO 7



En la grafica se puede observar que la dimensión de la variable fue categorizada a tres niveles; así mismo, se describe que el 25% de los **1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE**, han presentado un nivel: malo en cuanto a la variable independiente: la calidad de la atención hospitalaria en su dimensión 4 (vi): seguridad, mientras que el 30% han presentado un nivel: regular y el 45% han presentado el nivel: bueno en dicha condición.

A5. DIMENSION 5: EMPATIA

TABLA17

Estadísticos		
DIMENSION 5 (VI): EMPATIA		
N	Válidos	1000
	Perdidos	0
Media		2,45
Error típ. de la media		,023
Mediana		3,00
Moda		3
Desv. típ.		,740
Varianza		,548
Asimetría		-,940
Error típ. de asimetría		,077
Curtosis		-,567
Error típ. de curtosis		,155
Rango		2
Mínimo		1
Máximo		3
Suma		2450

TABLA 18

DIMENSION 5 (VI): EMPATIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MALA	150	15,0	15,0	15,0
	REGULAR	250	25,0	25,0	40,0
	BUENA	600	60,0	60,0	100,0
	Total	1000	100,0	100,0	

GRAFICO 8

En la gráfica se puede observar que la dimensión de la variable fue categorizada a tres niveles; así mismo, se describe que el 15% de los **1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE**, han presentado un nivel: malo en cuanto a la variable independiente: la calidad de la atención hospitalaria en su dimensión 5 (vi): empatía, mientras que el 25% han presentado un nivel: regular y el 60% han presentado el nivel: bueno en dicha condición.

4.1.3. HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1

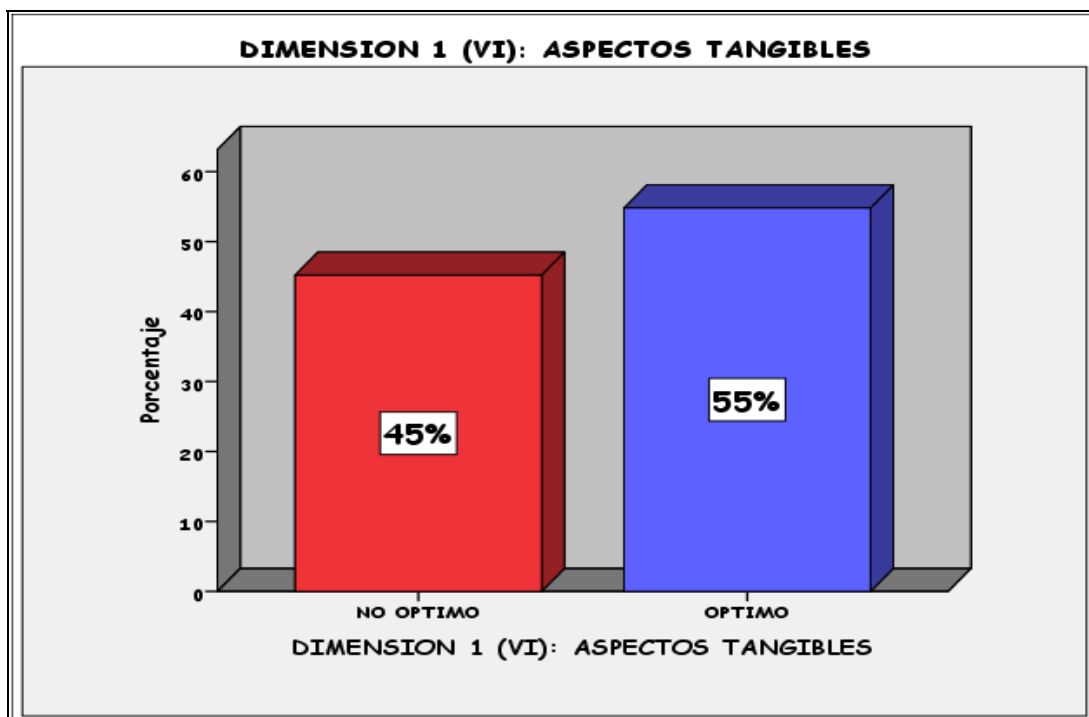
Hi: LOS ASPECTOS TANGIBLES SON OPTIMOS EN LA CALIDAD DE SERVICIO EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD - VITARTE .

Ho: LOS ASPECTOS TANGIBLES NO SON OPTIMOS EN LA CALIDAD DE SERVICIO EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD - VITARTE .

TABLA 19

DIMENSION 1 (VI): ASPECTOS TANGIBLES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO OPTIMO	452	45,2	45,2	45,2
	OPTIMO	548	54,8	54,8	100,0
	Total	1000	100,0	100,0	

GRAFICO 9



La dimensión 1 (vi): aspectos tangibles de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria se clasifican en dos categorías (óptimo y no óptimo) de acuerdo a la comparación de los puntajes obtenidos y un punto de corte (Pc 50). De los resultados obtenidos, tenemos que el 45% de los 1000 pacientes, han presentado un nivel: no óptimo en cuanto a la dimensión 1 (vi): aspectos tangibles de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria; mientras que el 55% restante han presentado un nivel: óptimo en dicha condición. Por tanto, se rechaza la H1 porque el nivel es: no óptimo en cuanto a la dimensión 1 (vi): aspectos tangibles de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria, en los **1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE**.

4.1.4. HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2

H1: LA FIABILIDAD DE LA CALIDAD DE SERVICIO ES ADECUADA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD - VITARTE .

Ho: LA FIABILIDAD DE LA CALIDAD DE SERVICIO NO ES ADECUADA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD - VITARTE .

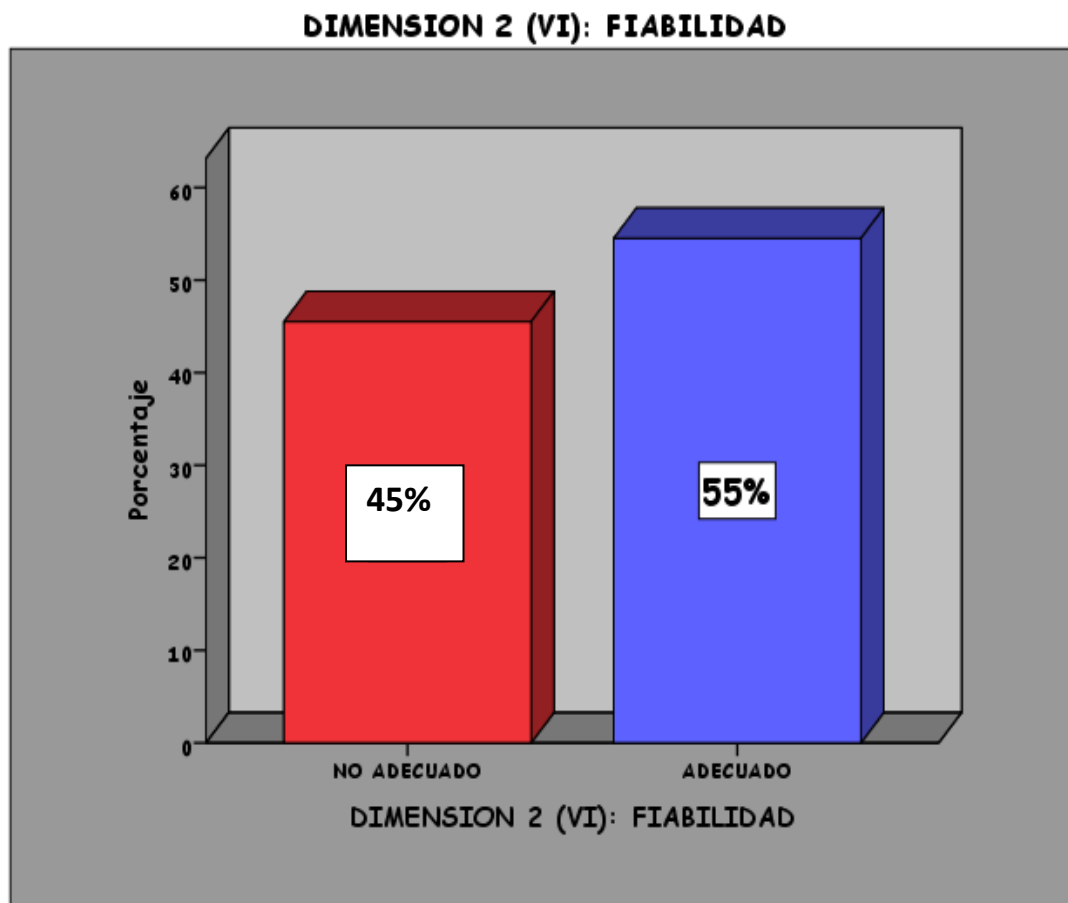
TABLA 20

DIMENSION 2 (VI): FIABILIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO ADECUADO	455	45,5	45,5	45,5
	ADECUADO	545	54,5	54,5	100,0
	Total	1000	100,0	100,0	

GRAFICO 10

4



La dimensión 2 (vi): fiabilidad de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria se clasifican en dos categorías (adecuado y no adecuado) de acuerdo a la comparación de los puntajes obtenidos y un punto de corte (P_c 50). De los resultados obtenidos, tenemos que el 45% de los 1000 pacientes, han presentado un nivel: no adecuado en cuanto a la dimensión 2 (vi): fiabilidad de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria; mientras que el 55% restante han presentado un nivel: adecuado en dicha condición. Por tanto, se rechaza la H_0 porque el nivel es: no adecuado en cuanto a la dimensión 2 (vi): fiabilidad de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria, en los **1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE**.

4.1.5. HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3

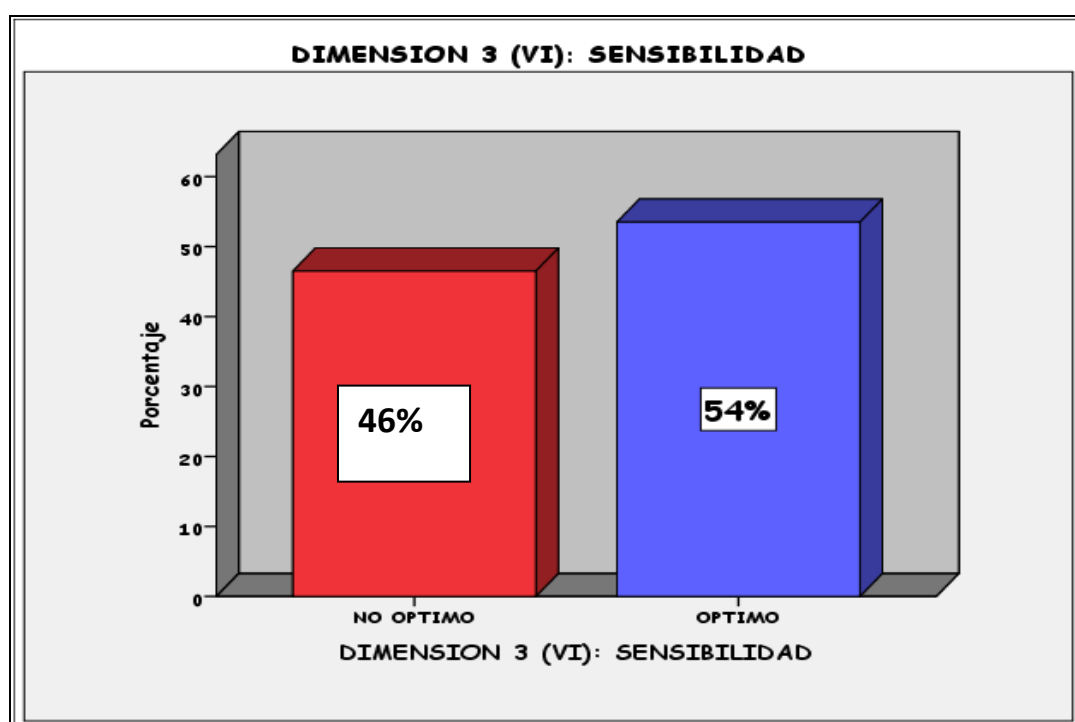
HI: LA SENSIBILIDAD DE LA CALIDAD DE SERVICIO ES OPTIMA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD - VITARTE .

Ho: LA SENSIBILIDAD DE LA CALIDAD DE SERVICIO NO ES OPTIMA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD - VITARTE .

TABLA 21

DIMENSION 3 (VI): SENSIBILIDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO OPTIMO	465	46,5	46,5	46,5
	OPTIMO	535	53,5	53,5	100,0
	Total	1000	100,0	100,0	

GRAFICO 11



La dimensión 3 (vi): sensibilidad de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria se clasifican en dos categorías (óptimo y no óptimo) de acuerdo a la comparación de los puntajes obtenidos y un punto de corte (Pc 50). De los resultados obtenidos, tenemos que el 46% de los 1000 pacientes, han presentado un nivel: no óptimo en cuanto a la dimensión 3 (vi): sensibilidad de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria; mientras que el 54% restante han presentado un nivel: óptimo en dicha condición. Por tanto, se rechaza la H I porque el nivel es: no optimo en cuanto a la dimensión 3 (vi): sensibilidad de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria, en los **1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE**.

4.1.6. HIPÓTESIS ESPECÍFICA 4

Hi: LA SEGURIDAD DE LA CALIDAD DE ATENCION ES ADECUADA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD - VITARTE .

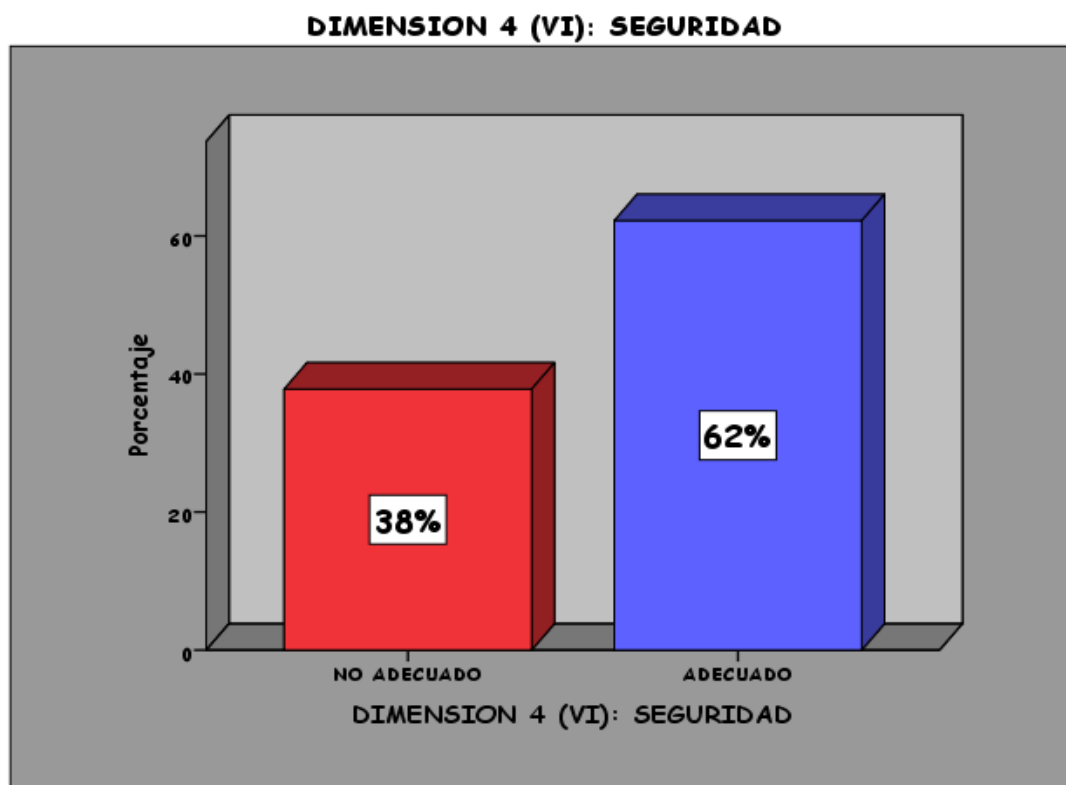
Ho: LA SEGURIDAD DE LA CALIDAD DE ATENCION NO ES ADECUADA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD - VITARTE .

TABLA 22

DIMENSION 4 (VI): SEGURIDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO ADECUADO	378	37,8	37,8	37,8
	ADECUADO	622	62,2	62,2	100,0
	Total	1000	100,0	100,0	

GRAFICO 12



La dimensión 4 (vi): seguridad de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria se clasifican en dos categorías (adecuado y no adecuado) de acuerdo a la comparación de los puntajes obtenidos y un punto de corte (Pc 50). De los resultados obtenidos, tenemos que el 38% de los 1000 pacientes, han presentado un nivel: no adecuado en cuanto a la dimensión 4 (vi): seguridad de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria; mientras que el 62% restante han presentado un nivel: adecuado en dicha condición. Por tanto, se rechaza la H1 porque el nivel es: no adecuado en cuanto a la dimensión 4 (vi): seguridad de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria, en los **1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE**.

4.1.7. HIPÓTESIS ESPECÍFICA 5

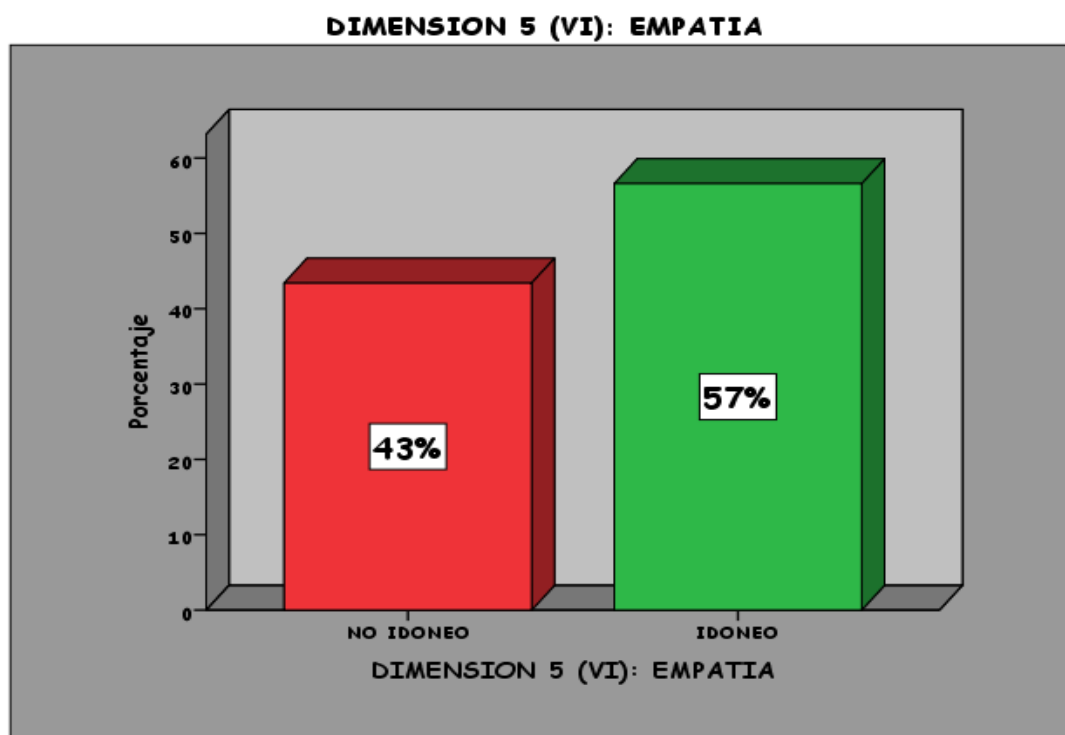
Hi: LA EMPATIA DE LA CALIDAD DE ATENCION ES IDONEA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD - VITARTE .

Ho: LA EMPATIA DE LA CALIDAD DE ATENCION NO ES IDONEA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD - VITARTE .

TABLA 23

DIMENSION 5 (VI): EMPATIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO IDONEO	434	43,4	43,4	43,4
	IDONEO	566	56,6	56,6	100,0
	Total	1000	100,0	100,0	

GRAFICO 13



La dimensión 5 (vi): empatía de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria se clasifican en dos categorías (idóneo y no idóneo) de acuerdo a la comparación de los puntajes obtenidos y un punto de corte (Pc 50). De los resultados obtenidos, tenemos que el 43% de los 1000 pacientes, han presentado un nivel: no idóneo en cuanto a la dimensión 5 (vi): empatía de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria; mientras que el 57% restante han presentado un nivel: idóneo en dicha condición. Por tanto, se rechaza la H1 porque el nivel es: no idóneo en cuanto a la dimensión 5 (vi): empatía de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria, en los **1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE**.

4.1.8. HIPÓTESIS GENERAL

H1: LA CALIDAD DE ATENCION ES ADECUADA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE

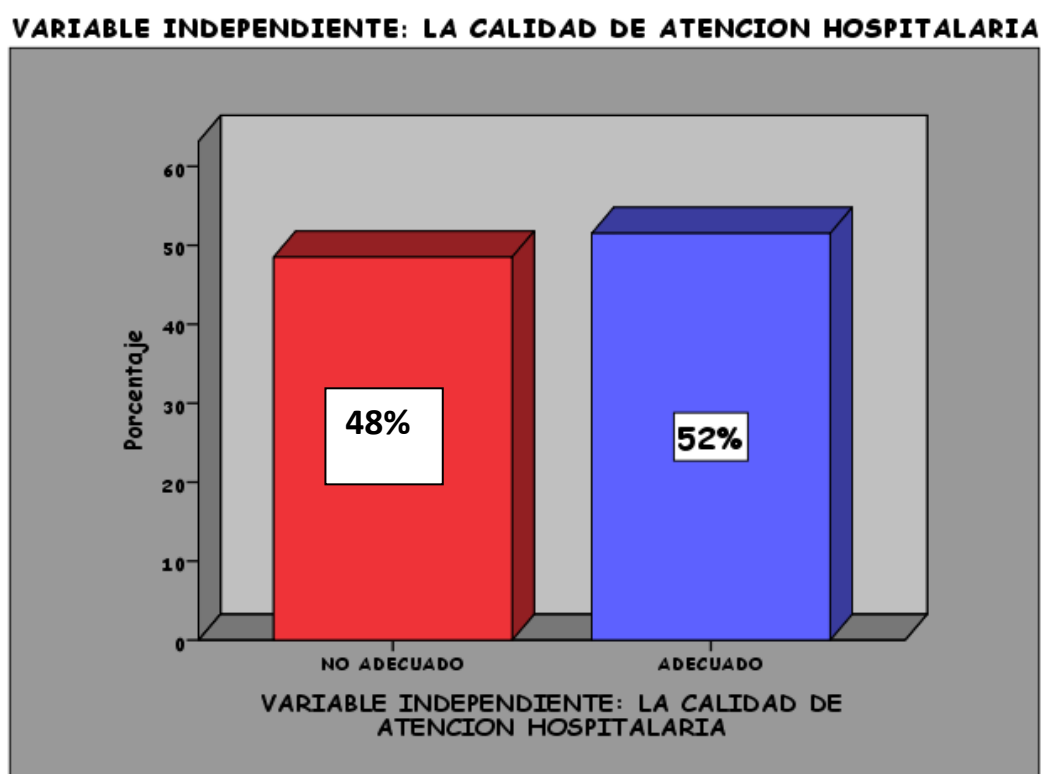
Ho: LA CALIDAD DE ATENCION NO ES ADECUADA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE .

TABLA 24

VARIABLE INDEPENDIENTE: LA CALIDAD DE ATENCION HOSPITALARIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO ADECUADO	485	48,5	48,5	48,5
	ADECUADO	515	51,5	51,5	100,0
	Total	1000	100,0	100,0	

GRAFICO14



La variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria se clasifican en dos categorías (adecuado y no adecuado) de acuerdo a la comparación de los puntajes obtenidos y un punto de corte (P_c 50). De los resultados obtenidos, tenemos que el 48% de los 1000 pacientes, han presentado un nivel: no adecuado en cuanto a la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria; mientras que el 52% restante han presentado un nivel: adecuado en dicha condición. Por tanto, se rechaza la H_0 porque el nivel es: no adecuado en cuanto a la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria, en los **1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE**.

TABLA 25

4.1.9. CUADRO DEL CONSOLIDADO DE LAS HIPÓTESIS

HIPOTESIS	CONTRASTACIÓN	DECISIÓN
HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1 Hi: LOS ASPECTOS TANGIBLES SON OPTIMOS EN LA CALIDAD DE SERVICIO EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD - VITARTE Ho: LOS ASPECTOS TANGIBLES NO SON OPTIMOS EN LA CALIDAD DE SERVICIO EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD - VITARTE	La dimensión 1 (vi): aspectos tangibles de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria se clasifican en dos categorías (óptimo y no óptimo) de acuerdo a la comparación de los puntajes obtenidos y un punto de corte (Pc 50). De los resultados obtenidos, tenemos que el 45% de los 1000 pacientes, han presentado un nivel: no óptimo en cuanto a la dimensión 1 (vi): aspectos tangibles de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria; mientras que el 55% restante han presentado un nivel: óptimo en dicha condición.	Por tanto, se rechaza la Hi porque el nivel es: no óptimo en cuanto a la dimensión 1 (vi): aspectos tangibles de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria, en los 1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE
HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2 Hi: LA FIABILIDAD DE LA CALIDAD DE SERVICIO ES ADECUADA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD - VITARTE Ho: LA FIABILIDAD DE LA CALIDAD DE SERVICIO NO	La dimensión 2 (vi): fiabilidad de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria se clasifican en dos categorías (adecuado y no adecuado) de acuerdo a la comparación de los puntajes obtenidos y un	Por tanto, se rechaza la Hi porque el nivel es: no adecuado en cuanto a la dimensión 2 (vi): fiabilidad de la variable independiente: la atención de la

<p>ES ADECUADA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD - VITARTE</p>	<p>punto de corte (Pc 50). De los resultados obtenidos, tenemos que el 45% de los 1000 pacientes, han presentado un nivel: no adecuado en cuanto a la dimensión 2 (vi): fiabilidad de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria; mientras que el 55% restante han presentado un nivel: adecuado en dicha condición.</p>	<p>calidad hospitalaria, en los 1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE .</p>
<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3 Hi: LA SENSIBILIDAD DE LA CALIDAD DE SERVICIO ES OPTIMA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD - VITARTE Ho: LA SENSIBILIDAD DE LA CALIDAD DE SERVICIO NO ES OPTIMA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD - VITARTE .</p>	<p>La dimensión 3 (vi): sensibilidad de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria se clasifican en dos categorías (óptimo y no óptimo) de acuerdo a la comparación de los puntajes obtenidos y un punto de corte (Pc 50). De los resultados obtenidos, tenemos que el 46% de los 1000 pacientes, han presentado un nivel: no óptimo en cuanto a la dimensión 3 (vi): sensibilidad de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria; mientras que el 54% restante han presentado un nivel: óptimo en dicha condición.</p>	<p>Por tanto, se rechaza la Hi porque el nivel es: no óptimo en cuanto a la dimensión 3 (vi): sensibilidad de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria, en los 1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE .</p>

<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICA 4</p> <p>Hi: LA SEGURIDAD DE LA CALIDAD DE ATENCION ES ADECUADA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD - VITARTE</p> <p>Ho: LA SEGURIDAD DE LA CALIDAD DE ATENCION NO ES ADECUADA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD - VITARTE.</p>	<p>La dimensión 4 (vi): seguridad de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria se clasifican en dos categorías (adecuado y no adecuado) de acuerdo a la comparación de los puntajes obtenidos y un punto de corte (Pc 50). De los resultados obtenidos, tenemos que el 38% de los 1000 pacientes, han presentado un nivel: no adecuado en cuanto a la dimensión 4 (vi): seguridad de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria; mientras que el 62% restante han presentado un nivel: adecuado en dicha condición.</p>	<p>Por tanto, se rechaza la Hi porque el nivel es: no adecuado en cuanto a la dimensión 4 (vi): seguridad de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria, en los 1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE .</p>
<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICA 5</p> <p>Hi: LA EMPATIA DE LA CALIDAD DE ATENCION ES IDONEA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD - VITARTE .</p> <p>Ho: LA EMPATIA DE LA CALIDAD DE ATENCION NO ES IDONEA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD - VITARTE – LIMA - 2011</p>	<p>La dimensión 5 (vi): empatía de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria se clasifican en dos categorías (idóneo y no idóneo) de acuerdo a la comparación de los puntajes obtenidos y un punto de corte (Pc 50). De los resultados obtenidos, tenemos que el 43% de los 1000 pacientes, han</p>	<p>Por tanto, se rechaza la Hi porque el nivel es: no idóneo en cuanto a la dimensión 5 (vi): empatía de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria, en los 1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD –</p>

	<p>presentado un nivel: no idóneo en cuanto a la dimensión 5 (vi): empatía de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria; mientras que el 57% restante han presentado un nivel: idóneo en dicha condición.</p>	VITARTE
<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Hi: LA CALIDAD DE ATENCION ES ADECUADA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE .</p> <p>Ho: LA CALIDAD DE ATENCION NO ES ADECUADA EN LOS PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE .</p>	<p>La variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria se clasifican en dos categorías (adecuado y no adecuado) de acuerdo a la comparación de los puntajes obtenidos y un punto de corte (Pc 50). De los resultados obtenidos, tenemos que el 48% de los 1000 pacientes, han presentado un nivel: no adecuado en cuanto a la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria; mientras que el 52% restante han presentado un nivel: adecuado en dicha condición.</p>	<p>Por tanto, se rechaza la Hi porque el nivel es: no adecuado en cuanto a la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria, en los 1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE .</p>

4.1.10. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

- a) se puede observar que la variable fue categorizada a tres niveles; así mismo, se describe que el 25% de los **1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE**, han presentado un nivel: malo en cuanto a la variable independiente: la calidad de la atención hospitalaria, mientras que el 30% han presentado un nivel: regular y el 45% han presentado el nivel: bueno en dicha condición.
- b) se puede observar que la dimensión de la variable fue categorizada a tres niveles; así mismo, se describe que el 60% de los **1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE**, han presentado un nivel: malo en cuanto a la variable independiente: la calidad de la atención hospitalaria en su dimensión 1 (vi): aspectos tangibles, mientras que el 25% han presentado un nivel: regular y el 15% han presentado el nivel: bueno en dicha condición.
- c) se puede observar que la dimensión de la variable fue categorizada a tres niveles; así mismo, se describe que el 15% de los **1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE**, han presentado un nivel: malo en cuanto a la variable independiente: la calidad de la atención hospitalaria en su dimensión 2 (vi): fiabilidad, mientras que el 15% han presentado un nivel: regular y el 70% han presentado el nivel: bueno en dicha condición.
- d) se puede observar que la dimensión de la variable fue categorizada a tres niveles; así mismo, se describe que el 20% de los **1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD – VITARTE**, han presentado un nivel: malo en cuanto a la variable independiente: la calidad de la atención hospitalaria en su dimensión 3 (vi): sensibilidad, mientras que el 30% han presentado un nivel: regular y el 50% han presentado el nivel: bueno en dicha condición.
- e) se puede observar que la dimensión de la variable fue categorizada a tres niveles; así mismo, se describe que el 25% de los **1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD**

– **VITARTE**, han presentado un nivel: malo en cuanto a la variable independiente: la calidad de la atención hospitalaria en su dimensión 4 (vi): seguridad, mientras que el 30% han presentado un nivel: regular y el 45% han presentado el nivel: bueno en dicha condición.

- f) se puede observar que la dimensión de la variable fue categorizada a tres niveles; así mismo, se describe que el 15% de los **1000 PACIENTES QUIRURGICOS REFERIDOS AL HOSPITAL ESSALUD** – **VITARTE**, han presentado un nivel: malo en cuanto a la variable independiente: la calidad de la atención hospitalaria en su dimensión 5 (vi): empatía, mientras que el 25% han presentado un nivel: regular y el 60% han presentado el nivel: bueno en dicha condición.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1. CONCLUSIONES.

PRIMERA. Al contrastar la hipótesis no se cumple con el objetivo propuesto, se observa en ésta como resultado, la no confirmación de la variable propuesta; Por tanto, se rechaza la H₁ porque el nivel es no optimo en cuanto a la dimensión 1 (vi): aspectos tangibles de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria, en los 1000 pacientes quirúrgicos referidos al Hospital ESSALUD Vitarte.

SEGUNDA. Al contrastar la hipótesis no se cumple con el objetivo propuesto, se observa en ésta como resultado, la no confirmación de la variable propuesta; Por tanto, se rechaza la H₁ porque el nivel es: no adecuado en cuanto a la dimensión 2 (vi): fiabilidad de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria, en los 1000 pacientes quirúrgicos referidos al Hospital ESSALUD Vitarte.

TERCERA. Al contrastar la hipótesis no se cumple con el objetivo propuesto, se observa en ésta como resultado, la no confirmación de la variable propuesta; Por tanto, se rechaza la H₁ porque el nivel es: no optimo en cuanto a la dimensión 3 (vi): sensibilidad de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria, en los 1000 pacientes quirúrgicos referidos al Hospital ESSALUD Vitarte.

CUARTA. Al contrastar la hipótesis no se cumple con el objetivo propuesto, se observa en ésta como resultado, la confirmación de la variable propuesta; Por tanto, se rechaza la HI porque el nivel es: no adecuado en cuanto a la dimensión 4 (vi): seguridad de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria, en los 1000 pacientes quirúrgicos referidos al Hospital ESSALUD Vitarte.

QUINTA. Al contrastar la hipótesis no se cumple con objetivo propuesto, se observa en ésta como resultado, la no confirmación de la variable propuesta; Por tanto, se rechaza la HI porque el nivel es: no idóneo en cuanto a la dimensión 5 (vi): empatía de la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria, en los 1000 pacientes quirúrgicos referidos al Hospital ESSALUD Vitarte.

SEXTA. Al contrastar la hipótesis no se cumple con el objetivo propuesto, se observa en ésta como resultado, la no confirmación de la variable propuesta; Por tanto, se rechaza la HI porque el nivel es: no adecuado en cuanto a la variable independiente: la atención de la calidad hospitalaria, en los 1000 pacientes quirúrgicos referidos al Hospital ESSALUD Vitarte .

SEPTIMA. Los resultados obtenidos muestran que la calidad de atención de los pacientes quirúrgicos referidos , no han alcanzado el porcentaje necesario para ser considerados óptimos y en sus dimensiones adecuados. En esto juega un papel importante no solo la dimensión tangible , lo que el paciente puede observar, sino la no satisfacción en cuando la fiabilidad , sensibilidad y empatía que tiene mucho que ver con la interrelación de los profesionales de la salud y el paciente..

5.2. SUGERENCIAS.

PRIMERA. El involucramiento de las altas autoridades de EsSalud así como de todos los niveles para poder mejorar la calidad de atención de los pacientes debe ser la prioridad en la actual gestión y en gestiones venideras ,como una política institucional que sume esfuerzos y que no se vea interrumpido con los cambios de gestiones, debiéndose retomar los premios a la calidad que la Institución deba de dar a los servicios que más destaquen en los hospitales y que sean ejemplo para los demás.

SEGUNDA. Es necesario mejorar las unidades de referencias de los Centros asistenciales considerando que a quien se refiere es un paciente, y no un diagnóstico y menos una hoja de referencia con la finalidad de hacerlo más personalizado y más sensible a las necesidades y expectativas de los pacientes.

TERCERA. Establecer criterios consensuados que permitan el diseño de un modelo de gestión integral de la lista de espera quirúrgica (LEQ), que abarque desde la indicación quirúrgica hasta la resolución del proceso:

Criterios de inclusión y clasificación de pacientes

Requisitos para el registro del paciente

Niveles y circuitos de comunicación entre paciente y hospital

Criterios de selección de pacientes para preparación para cirugía

Gestión del preoperatorio y la programación de la actividad quirúrgica

Derivación de pacientes a otros hospitales

Movimientos y salidas de LEQ

Definir las responsabilidades de los diferentes niveles de gestión de la LEQ:

Dirección del Hospital

Servicios Quirúrgicos

Servicio de Anestesiología y Reanimación

Servicio de Admisión y Documentación Clínica

Establecer los requisitos mínimos de los sistemas de información sobre LEQ.

Establecer criterios de evaluación y control de calidad en la gestión de la LEQ

Dirección General de Atención Primaria y Especializada

Subdirección General de Atención Especializada

CUARTA. En relación al contenido de la lista de espera quirúrgica:

Con carácter genérico se define la lista de espera quirúrgica como el conjunto de pacientes que en un momento dado se encuentran pendientes de una intervención quirúrgica. Además, la demora existente no debe estar indicada médicamente, ni ser consecuencia de la voluntad del paciente.

En la lista de espera quirúrgica de los hospitales de EsSalud se incluyen:

Todos los pacientes pendientes de un **procedimiento quirúrgico no urgente**, para el cual el hospital tiene previsto utilizar **quirófano**, independientemente de si precisa o no hospitalización y del tipo de anestesia previsto.

La inclusión en LEQ se producirá en el momento de establecer la indicación quirúrgica cierta.

De acuerdo con lo anterior, se deberán incluir en LEQ todos aquellos pacientes cuya intervención no se lleve cabo durante el episodio de hospitalización en el que se establece la indicación, es decir, el alta hospitalaria se produce con indicación de intervención quirúrgica demorada.

NO SE INCLUYEN, por tanto:

Procedimientos quirúrgicos realizados de forma habitual en una consulta o sala de curas del hospital, por no precisar (con criterios técnicos) de quirófano.

Pacientes intervenidos de forma programada durante el episodio de hospitalización en que se establece la indicación quirúrgica.

Ejemplo: Paciente con ingreso por episodio de dolor abdominal. En el transcurso del ingreso se le diagnostica una coleditiasis, decidiendo el médico que el paciente sea intervenido de forma programada durante el episodio de hospitalización. Este paciente no se incluirá en lista de espera y su intervención será clasificada como intervención quirúrgica programada (intervención incluida en la programación de quirófano, según definición contenida en la normativa sobre Sistemas de Información), no procedente de LEQ.

Dirección General de Atención Primaria y Especializada

Subdirección General de Atención Especializada

Urgencias diferidas, que se intervienen de forma programada cuando la situación clínica del paciente así lo aconseja.

Ejemplo: Paciente que acude a Urgencias por fractura vertebral, cuya situación clínica aconseja demorar la intervención hasta conocer su evolución.

QUINTA. Con el fin de garantizar una correcta inclusión de pacientes en LEQ, el hospital deberá disponer de un Catálogo de Procedimientos incluidos en la cartera de servicios de cada especialidad quirúrgica. Para cada procedimiento se deberá especificar si precisa ser realizado en quirófano, y por tanto si debe ser incluido en LEQ. Este catálogo deberá ser aprobado por la Dirección, ser conocido por todos los profesionales implicados y actualizarse periódicamente.

SEXTA. El Responsable último a nivel del centro de la adecuada gestión de la LEQ.:

- Garantiza el cumplimiento de la normativa emanada de la Guía de Gestión de LEQ y las instrucciones y circulares emitidas al efecto.
- Vela por el cumplimiento de los protocolos de normalización de la actividad hospitalaria y la práctica clínica que, bajo los auspicios de los Servicios Centrales de EsSALUD, se elaboren en colaboración con grupos de expertos o sociedades científicas.
- Asigna los tiempos quirúrgicos en relación con la demanda y el catálogo de procedimientos de cada especialidad quirúrgica.
- Garantiza la fiabilidad y normalización de los flujos de información sobre LEQ, tanto internos como externos.
- Arbitra las medidas organizativas necesarias para garantizar la seguridad de los datos y la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la Ley Orgánica de Protección de la persona frente al tratamiento automatizado de sus datos de carácter personal (LO, 5/1992 de 29 de octubre), así como el cumplimiento del secreto por parte de las personas que los manejen.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Azuaje , Dayiana y Campos, Adriana. (2005) Trabajo Especial de Grado II. CLISAFBANK: *Metodología basada en la herramienta CRM para mejorar la calidad de servicio en las instituciones bancarias*. UNITEC. Venezuela.
2. Baca Urbina, Gabriel.(2001). *Evaluación de Proyectos*. Cuarta edición.Mexico. Editorial Mc.Graw Hill. p.383.
3. Blanchard, Ken,(1997), *Empowerment*, Colombia Editorial Norma.
4. Camp, Robert, (1992) *Benchmarking*, USA.Prentice Hall.
5. Candel Parra, Eduardo (1990).*Educacion para la Salud.Profesor de Enfermería M-Q*, EUE Albacete. Universidad de Castilla-La Mancha. Albacete.
6. Cantú Delgado,Humberto. (2001).*Desarrollo de una cultura de calidad*. Segunda edición. . México. Editorial Mc. Graw Hill, p. 382
7. Cornejo, Miguel Ángel. (1996) *Enciclopedia de la excelencia*. Tomo 2.Mexico.. Editorial Grijalbo, SA.
8. Delgado, Marlyn y Verenzuela, Lisbeth. (2005). *Trabajo Especial de Grado II. Calidad de servicio en Hoteles*. Venezuela, UNITEC.
9. Damelio, Roberto (1999), *Fundamentos de Mapeo de Procesos*, México. Panorama Editorial.
10. Deming, William E. *Como salir de la crisis*
11. Quesada Madriz, Gilberto.

Maestría en Administración de Empresas, Universidad de Ciencia y Tecnología, ULACIT. San José, Costa Rica.

Presidente del Grupo Kaizen S.A. (www.grupokaizen.com)

Consultor de empresas en Calidad Total, Sistemas de Gestión de la Calidad y Planificación Estratégica, BSC.

12. Gibson, Rowand, (1997), *Repensando el futuro* .Colombia. Editorial Norma
13. Gran Diccionario Enciclopédico. (2002) .España.Editorial Mc. Graw Hill. España,p. 1872.
14. Gómez Gras, José Maria. (1999) *Estrategia para la competitividad de las pymes*. España, Editorial Mc. Graw Hill. p. 193.
15. Gómez Gras, José Maria. (1997) *Estrategia para la competitividad de las pymes*. España, Editorial Mc. Graw Hill. p. 193.
16. Guía Fondonorma. Normas venezolanas COVENIN-ISO 9000:2000. (2002) *Sistema de Gestión de la Calidad*. Venezuela, p. 192
17. Gutiérrez Pulido, Humberto.(1999) *Calidad Total y productividad*. Mexico Editorial Mc. Graw Hill.p. 403.
18. Hammer, Michael, (1994), *Reingeniería*, Colombia. Editorial Norma.
19. Hammer, Michael, (1997) *Más allá de la Reingeniería*. Colombia. Editorial Norma
20. Harrington, H. James.(1997). *Administración Total del Mejoramiento Continuo*. Colombia .Editorial Mc. Graw Hill., p. 506.
21. Hill ,Charles W. y. Jones, Gareth R.(2005). *Administración Estratégica. Un enfoque integrado* Sexta edición.. México Editorial Mc. Graw Hill.p. 924.
22. Izquierdo, Chantal y Seijas, José. (2003).Trabajo Especial de Grado II. Mac Productividad. UNITEC. Venezuela,. p. 264.
23. ISO 9004 (2000), *Recomendaciones para la mejora del desempeño* .
24. Izquierdo, Claudia y Peresson, Lory. (2000).Trabajo Especial de Grado II. *Metodología para las pymes como plataforma del mercadeo competitivo de sus productos, explotando sus ventajas comparativas*. UNITEC. Venezuela.

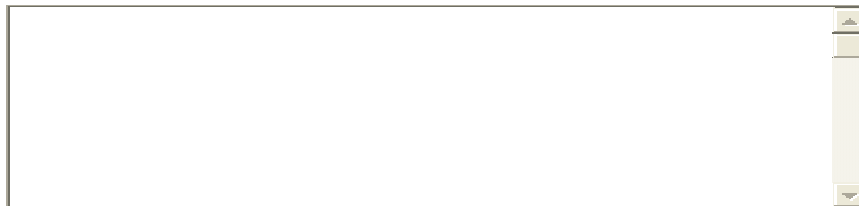
25. Joiner, Brian, (1995), *Gerencia de la 4ta Generación* .México, McGraw-Hill
26. Juran J. M. y Gryna ,Frank M. *Manual del Control de la Calidad*. 4ta. Edición. España.Editorial Mc. Graw Hill.
27. Kaplan, Robert, (1997) *Cuadro de Mando Integral*. Barcelona, Ediciones Gestión 2000
28. Kaplan, Robert S y. Norton, David P. (2000). *Cuadro de Mando Integral (The Balanced Scorecard)*. España .Editorial Gestión 2000., p. 321.
29. Leppard, John y Mmolyneux, Liz.(1998). *Como mejorar su servicio al cliente*. España,Editorial Gestión 2000. p. 166
30. Lorino, Phillipe,(1993), *El Control de Gestión Estratégico* .México. Ediciones Alfaomega S.A.
31. MacDonald, John, 1996, *Cómo entender Reingeniería de Procesos* México Panorama Editorial.
32. Manganelli, Raymond, (1995), *Cómo hacer reingeniería*. Colombia. Editorial Norma.
33. Mariño Navarrete,Hernando. (1993). *Planeación Estratégica de la Calidad total*. Colombia,Tercer mundo Editores. p. 243
34. Riaz Khadem. (2002) *Alineación Total* .Bogotá. Editorial Norma
35. Robinson, Russell D. (1998).*Cómo crear Empowerment*. Colombia Editorial Mc. Graw Hill.p. 112.
36. Sapag Chain, Nassir y Sapag Chain, Reinaldo. (2003).*Preparación y Evaluación de Proyectos*. México,. Editorial Mc. Graw Hill. p. 439.
37. Sewell ,Carl. (2006).*Cientes para siempre*. México Editorial Mc. Graw Hill.. p.205.
38. Smart, Ros Jay. (2001).*Lo fundamental y lo más efectivo acerca de los clientes*. Colombia,.Editorial Mc. Graw Hill. p.197.
39. Spendoloni, Michael , (2005) *Benchmarking*. Colombia. Editorial Norma.,. p. 312.
40. Singh Soin, Sarv.(1997), *Control de la Calidad Total*. . México Editorial Mc. Graw Hill, p. 305.
41. Stanton, William . Etzel, Michael y Walter, Bruce. (2004). *Fundamentos de Marketing*. 13a edición. México, Editorial Mc. Graw Hill. p. 764

42. Tanner, Steve, (1998) *Cómo entender el Benchmarking*, México, Panorama Editorial S.A.
43. Tschohl, John.(2001) *Servicio al cliente. El arma secreta de la empresa que alcanza la excelencia*. Tercera edición. México Editorial Pax México.p. 351.
44. Valdés Luigi, (1996), *Conocimiento es futuro* .México.CCTC, FUNTE, CONCOM
45. Wellins, Richard,(1991) *Empowerment*,USA. Jossey-Bass Publisher.
46. Wellington, Patricia. (1998). *Como brindar un servicio integral al cliente*. . Colombia EditorialMc. Graw Hill, p. 233.
47. Wheat, Barbara. Mills, Check y Carnell, Mike.(2004) *Seis Sigma*. Colombia.Editorial Grupo Norma. p. 135.

2. PAGINAS WEB:

- <http://www.mailxmail.com/curso-gestion-calidad-1/principios-calidad>
- <http://es.wikipedia.org>
- http://es.wikipedia.org/wiki/Cadena_de_valor
- http://web.jet.es/amozarrain/gestion_indicadores.htm
- <http://www.aiteco.com/indicador.htm>
- <http://www.aulafacil.com/estrategia/Lecc-30.htm>
- <http://www.calidad.org>
- http://www.comparex.es/download/solutions/contactcenter_security.pdf
- <http://www.feedbacknetworks.com/cas/experiencia/sol-preguntar-encuestas.htm>
- <http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/60/concalid.htm>
- <http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/no%203/qc.htm>
- <http://www.gestiopolis.com/canales2/gerencia/1/ddsirwing.htm>
- <http://www.gestiopolis.com/canales5/ger/desabest.htm>
- <http://www.gestiopolis.com/canales5/ger/gksa/136.htm>
- SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.CON ENFOQUE AL CLIENTE LORY PERESSON .115.

- <http://www.gestiopolis.com/canales6/ger/herramientas-de-la-administracion-de-lacalidad-total.htm>
- <http://www.gestiopolis.com/canales7/ger/herramientas-stadisticas-de-control-decalidad>.
- <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger1/parassiglefco.htm>
- <http://www.icemd.com/area-entrada/articulos/consulta-art.asp?Id=118>
- <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/class/isic.htm>
- http://www.improvenconsultores.com/paginas/documentos_gratuitos/que_crm.php
- <http://www.juran.es/consultoria/qfd>
- <http://www.liderazgoymercadeo.com>
- <http://www.marketing-xxi.com/principales-tecnicas-de-recogida-de-informacion-27.htm>
- <http://www.monografias.com/trabajos12/calser/calser.shtml>
- <http://www.monografias.com/trabajos14/verific-servicios/verific-servicios.shtml>
- <http://www.monografias.com/trabajos15/calidad-serv/calidad-serv.shtml>
- http://www.mundobvg.com/capital/demo/suscriptor/ayuda/clasificaci%C3%B3n_de_las_empresascla.htm
- <http://www.promonegocios.net/clientes/captacion-nuevos-clientes.html>
- <http://www.solocursos.net>
- http://www.tatum.es/intranet/tatum2003/fotos/pub_fichero182.pdf
- http://www.tuobra.unam.mx/publicadas/040115082914-1_.html
- <http://www.wikilearning.com>
- http://www.wikilearning.com/gestion_de_calidad_en_los_servicios-wkc-11501.htm
- http://www.wikilearning.com/la_administracion_la_calidad_personal_y_la_calidad_en_el_servicio_al_cliente-wkc-11503.htm
- <http://www.calidadensalud.org.ar/>
- www.essalud.gob.pe

COMENTARIOS:

DEMOSTRACION DE LAS GRAFICAS.

VARIABLE INDEPENDIENTE: LA CALIDAD DE ATENCION HOSPITALARIA

ITEM 1: Los hospitales excelentes tienen equipos de apariencia moderna

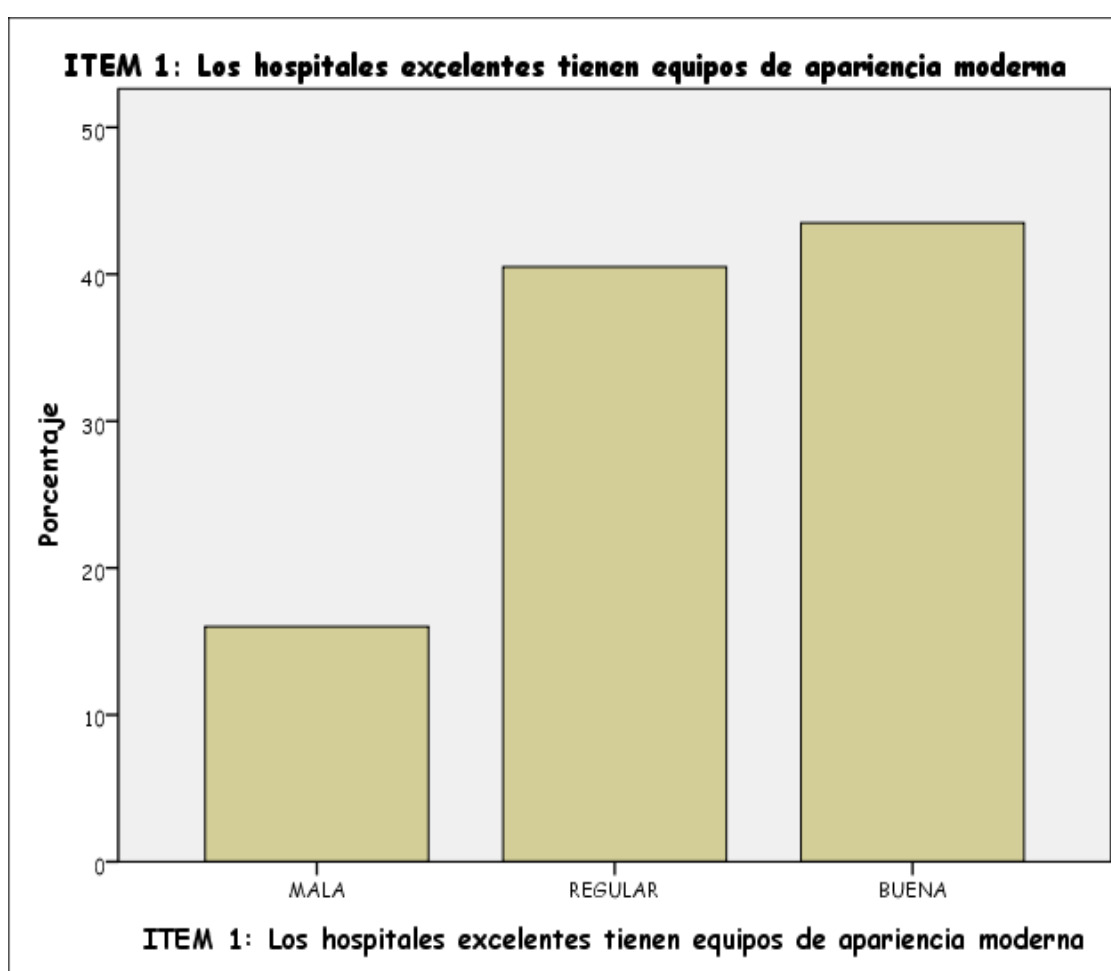
Estadísticos

ITEM 1: Los hospitales excelentes tienen equipos de apariencia moderna

N	Válidos	1000
	Perdidos	0
Media		2,28
Error típ. de la media		,023
Mediana		2,00
Moda		3
Desv. típ.		,721
Varianza		,520
Asimetría		-,466
Error típ. de asimetría		,077
Curtosis		-,977
Error típ. de curtosis		,155
Rango		2
Mínimo		1
Máximo		3
Suma		2275

ITEM 1: Los hospitales excelentes tienen equipos de apariencia moderna

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos MALA	160	16,0	16,0	16,0
REGULAR	405	40,5	40,5	56,5
BUENA	435	43,5	43,5	100,0
Total	1000	100,0	100,0	



ITEM 2: Los equipos del Hosp. EsSalud II Vitarte, tienen la apariencia de ser modernos

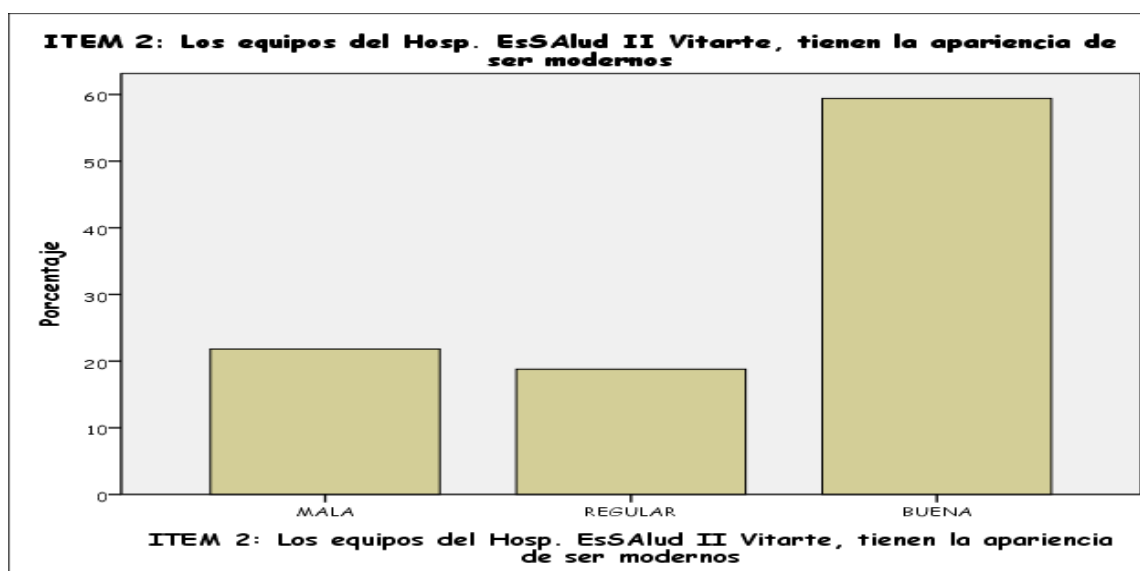
Estadísticos

ITEM 2: Los equipos del Hosp. EsSalud II Vitarte, tienen la apariencia de ser modernos

N	Válidos	1000
	Perdidos	0
Media		2,38
Error típ. de la media		,026
Mediana		3,00
Moda		3
Desv. típ.		,819
Varianza		,671
Asimetría		-,791
Error típ. de asimetría		,077
Curtosis		-1,053
Error típ. de curtosis		,155
Rango		2
Mínimo		1
Máximo		3
Suma		2376

ITEM 2: Los equipos del Hosp. EsSalud II Vitarte, tienen la apariencia de ser modernos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos MALA	218	21,8	21,8	21,8
REGULAR	188	18,8	18,8	40,6
BUENA	594	59,4	59,4	100,0
Total	1000	100,0	100,0	



ITEM 3: Las instalaciones físicas de los hospitales excelentes son visualmente atractivas

Estadísticos

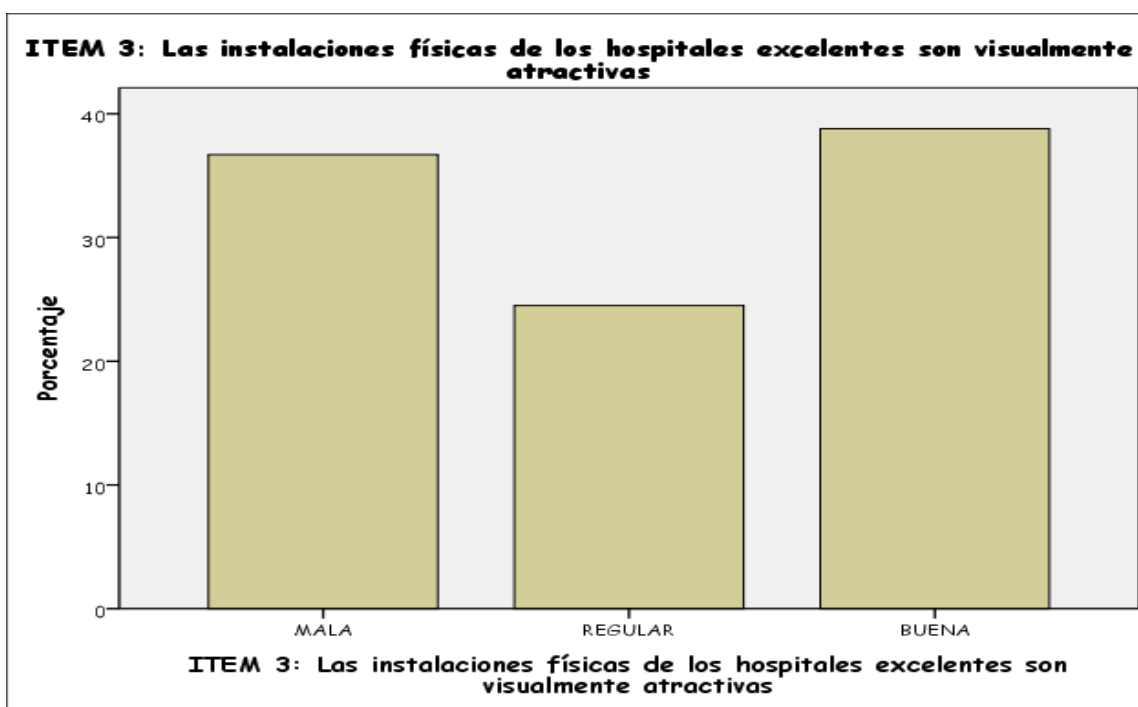
I

TEM 3: Las instalaciones físicas de los hospitales excelentes son visualmente atractivas

N	Válidos	1000
	Perdidos	0
Media		2,02
Error típ. de la media		,027
Mediana		2,00
Moda		3
Desv. típ.		,869
Varianza		,755
Asimetría		-,041
Error típ. de asimetría		,077
Curtosis		-1,676
Error típ. de curtosis		,155
Rango		2
Mínimo		1
Máximo		3
Suma		2021

ITEM 3: Las instalaciones físicas de los hospitales excelentes son visualmente atractivas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MALA	367	36,7	36,7	36,7
	REGULAR	245	24,5	24,5	61,2
	BUENA	388	38,8	38,8	100,0
	Total	1000	100,0	100,0	



ITEM 4: Las instalaciones físicas del Hosp. EsSAlud II Vitarte son visualmente atractivas

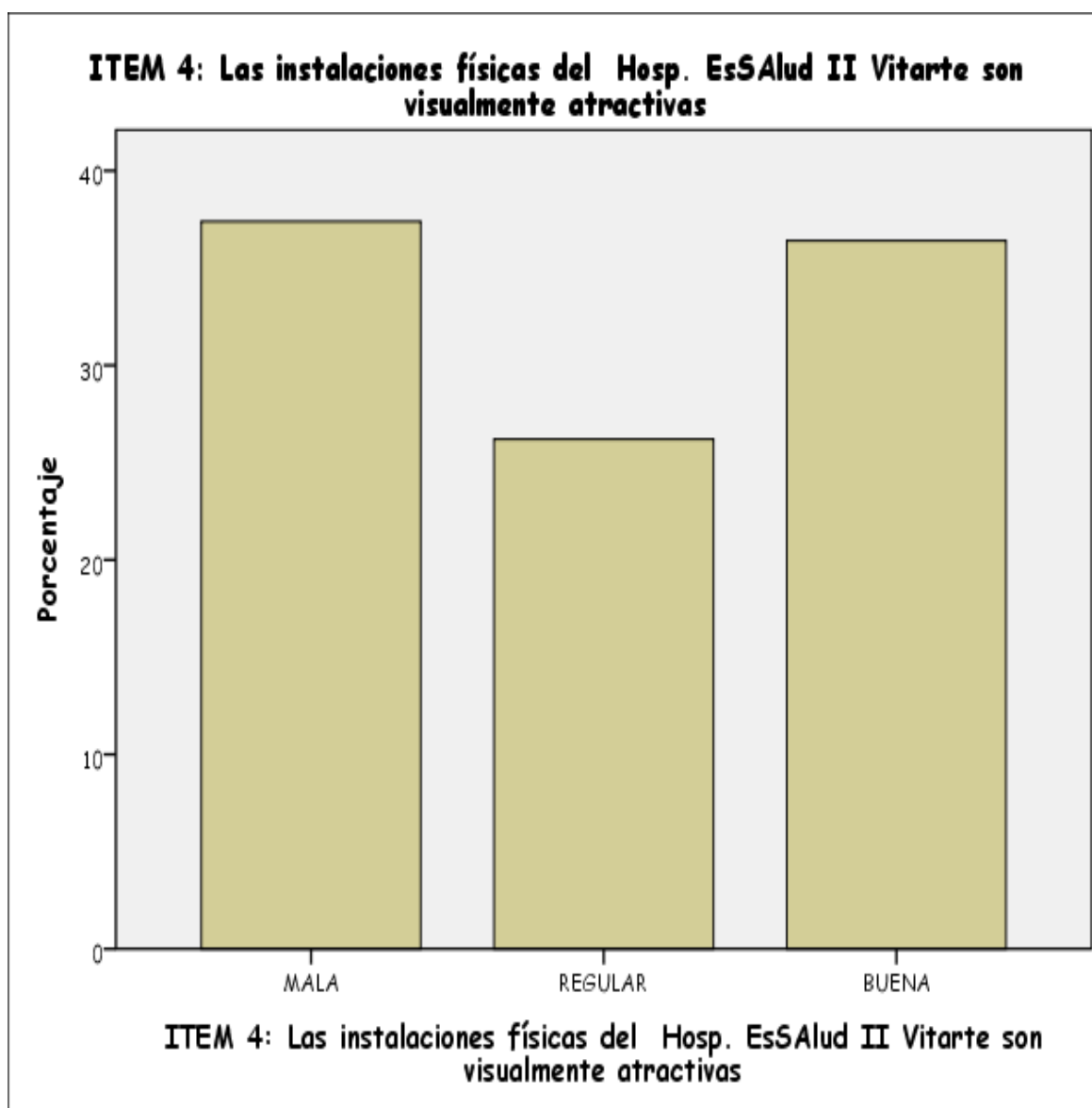
Estadísticos

ITEM 4: Las instalaciones físicas del Hosp. EsSAlud II Vitarte son visualmente atractivas

Válidos	1000
Perdidos	0
Media	1,99
Error típ. de la media	,027
Mediana	2,00
Moda	1
Desv. típ.	,859
Varianza	,739
Asimetría	,019
Error típ. de asimetría	,077
Curtosis	-1,647
Error típ. de curtosis	,155
Rango	2
Mínimo	1
Máximo	3
Suma	1990

ITEM 4: Las instalaciones físicas del Hosp. EsSalud II Vitarte son visualmente atractivas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MALA	374	37,4	37,4	37,4
	REGULAR	262	26,2	26,2	63,6
	BUENA	364	36,4	36,4	100,0
	Total	1000	100,0	100,0	



ITEM 5: Los empleados de los hospitales excelentes tienen apariencia pulcra

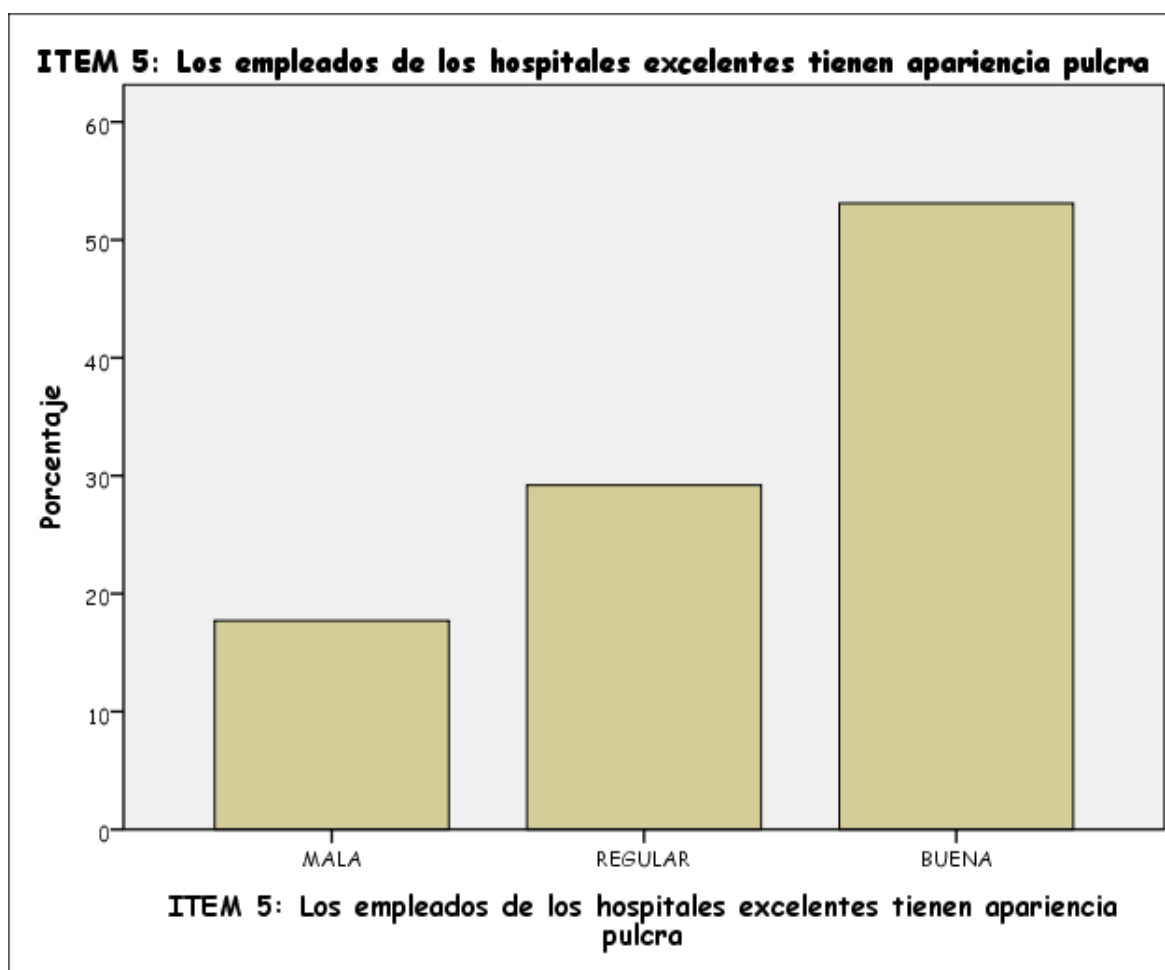
Estadísticos

ITEM 5: Los empleados de los hospitales excelentes tienen apariencia pulcra

N	Válidos	1000
	Perdidos	0
Media		2,35
Error típ. de la media		,024
Mediana		3,00
Moda		3
Desv. típ.		,764
Varianza		,583
Asimetría		-,696
Error típ. de asimetría		,077
Curtosis		-,961
Error típ. de curtosis		,155
Rango		2
Mínimo		1
Máximo		3
Suma		2354

ITEM 5: Los empleados de los hospitales excelentes tienen apariencia pulcra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos MALA	177	17,7	17,7	17,7
REGULAR	292	29,2	29,2	46,9
BUENA	531	53,1	53,1	100,0
Total	1000	100,0	100,0	



ITEM 6: Los empleados del Hosp. EsSalud II Vitarte, tienen apariencia pulcra

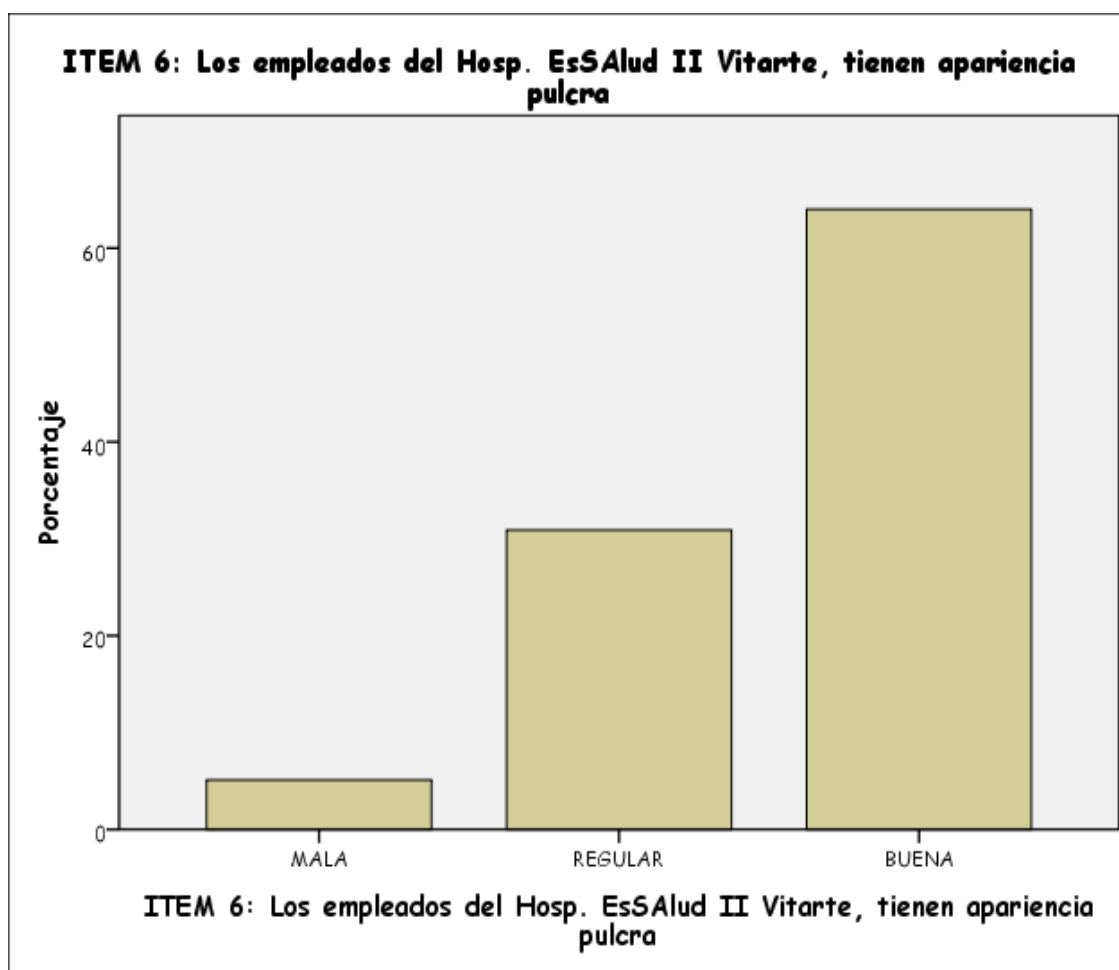
Estadísticos

ITEM 6: Los empleados del Hosp. EsSAlud II Vitarte, tienen apariencia pulcra

N	Válidos	1000
	Perdidos	0
Media		2,59
Error típ. de la media		,019
Mediana		3,00
Moda		3
Desv. típ.		,587
Varianza		,344
Asimetría		-1,108
Error típ. de asimetría		,077
Curtosis		,222
Error típ. de curtosis		,155
Rango		2
Mínimo		1
Máximo		3
Suma		2589

ITEM 6: Los empleados del Hosp. EsSAlud II Vitarte, tienen apariencia pulcra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos MALA	51	5,1	5,1	5,1
REGULAR	309	30,9	30,9	36,0
BUENA	640	64,0	64,0	100,0
Total	1000	100,0	100,0	



ITEM 7: En un hospital excelente, los elementos materiales relacionados con el servicio (camas, menaje, baños ,etc) son visualmente atractivos

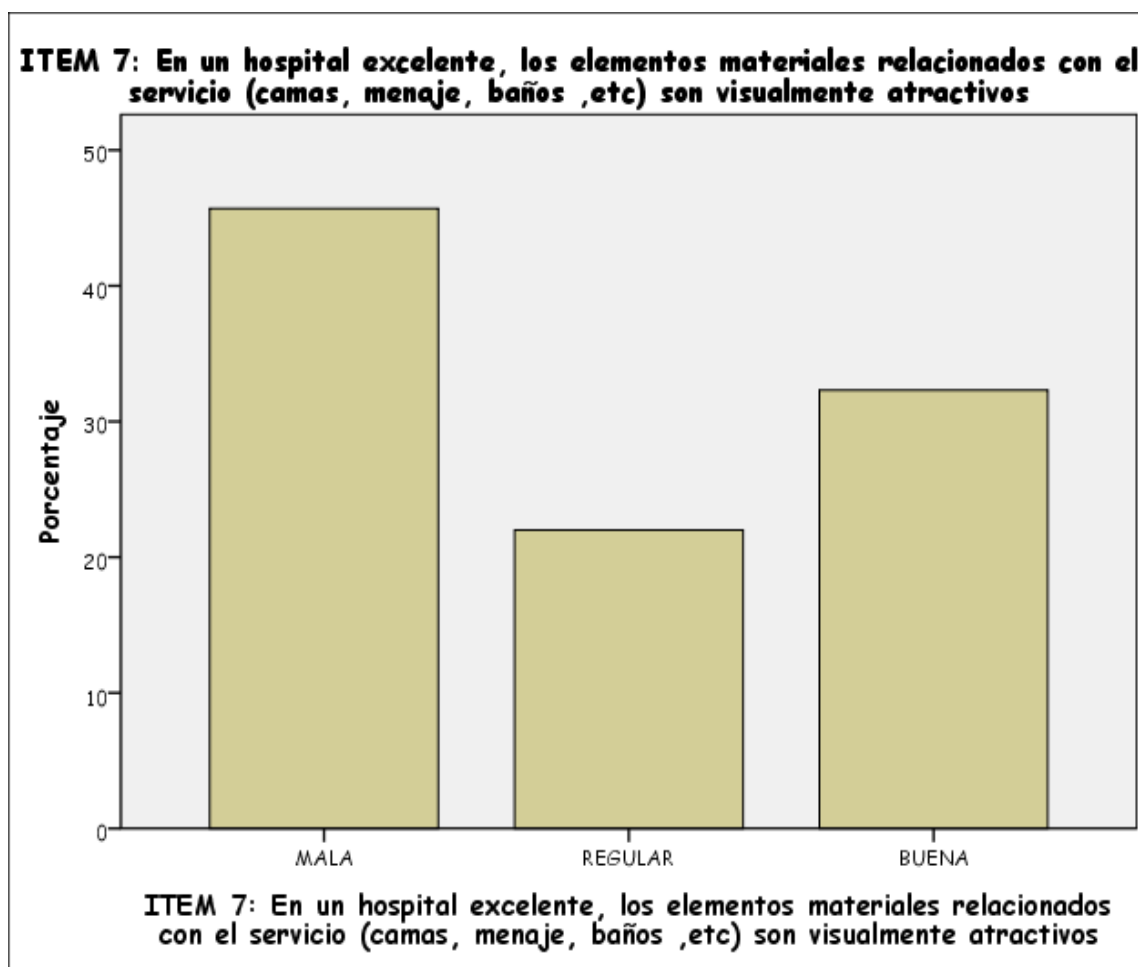
Estadísticos

ITEM 7: En un hospital excelente, los elementos materiales relacionados con el servicio (camas, menaje, baños ,etc) son visualmente atractivos

N	Válidos	1000
	Perdidos	0
Media		1,87
Error típ. de la media		,028
Mediana		2,00
Moda		1
Desv. típ.		,873
Varianza		,763
Asimetría		,263
Error típ. de asimetría		,077
Curtosis		-1,640
Error típ. de curtosis		,155
Rango		2
Mínimo		1
Máximo		3
Suma		1866

ITEM 7: En un hospital excelente, los elementos materiales relacionados con el servicio (camas, menaje, baños ,etc) son visualmente atractivos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MALA	457	45,7	45,7	45,7
	REGULAR	220	22,0	22,0	67,7
	BUENA	323	32,3	32,3	100,0
	Total	1000	100,0	100,0	



ITEM 8: Los materiales relacionados con el servicio que utiliza el Hosp. EsSAlud II Vitarte (camas, menaje, baños ,etc) son visualmente atractivos

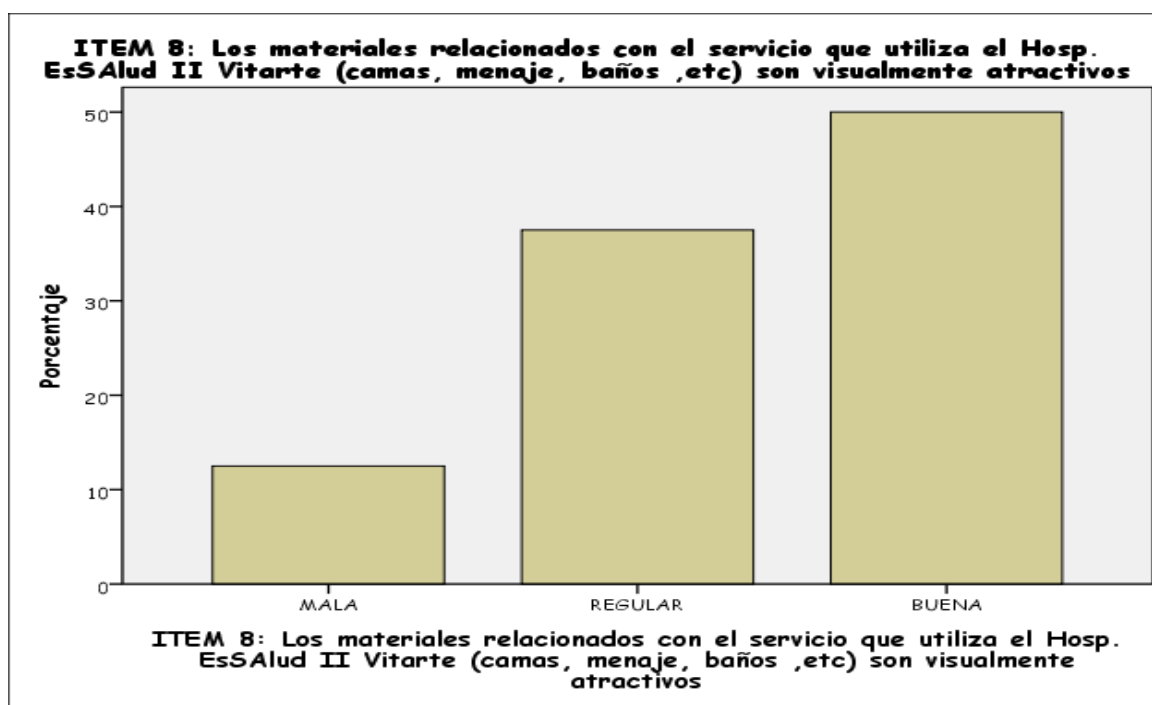
Estadísticos

ITEM 8: Los materiales relacionados con el servicio que utiliza el Hosp. EsSAlud II Vitarte (camas, menaje, baños ,etc) son visualmente atractivos

N	Válidos	1000
	Perdidos	0
Media		2,38
Error típ. de la media		,022
Mediana		2,50
Moda		3
Desv. típ.		,696
Varianza		,485
Asimetría		-,661
Error típ. de asimetría		,077
Curtosis		-,736
Error típ. de curtosis		,155
Rango		2
Mínimo		1
Máximo		3
Suma		2375

ITEM 8: Los materiales relacionados con el servicio que utiliza el Hosp. EsSAlud II Vitarte (camas, menaje, baños ,etc) son visualmente atractivos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MALA	125	12,5	12,5	12,5
	REGULAR	375	37,5	37,5	50,0
	BUENA	500	50,0	50,0	100,0
	Total	1000	100,0	100,0	



ITEM 9: Cuando los hospitales excelentes prometen hacer algo en cierto tiempo, lo hacen

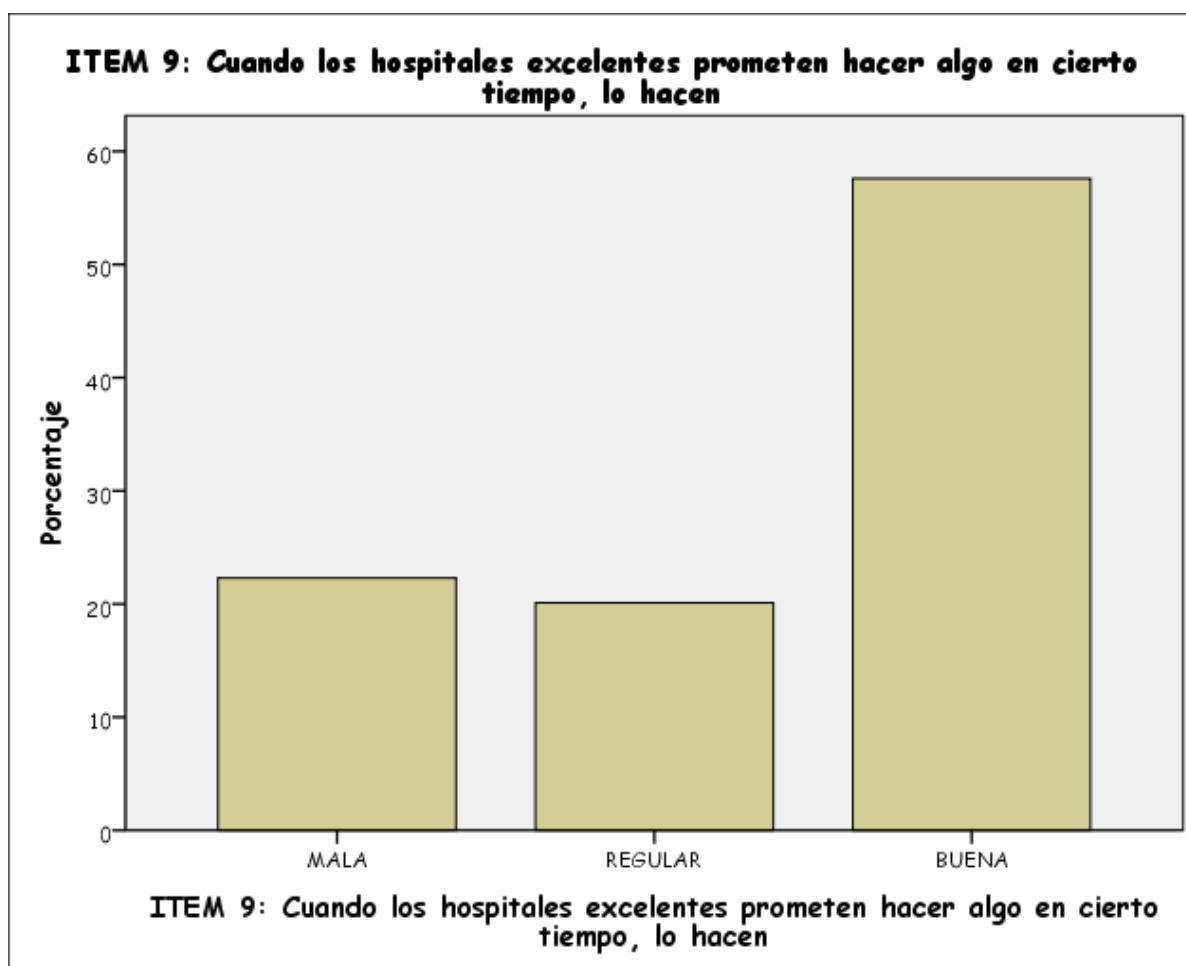
Estadísticos

ITEM 9: Cuando los hospitales excelentes prometen hacer algo en cierto tiempo, lo hacen

N	Válidos	1000
	Perdidos	0
Media		2,35
Error típ. de la media		,026
Mediana		3,00
Moda		3
Desv. típ.		,822
Varianza		,675
Asimetría		-,733
Error típ. de asimetría		,077
Curtosis		-1,128
Error típ. de curtosis		,155
Rango		2
Mínimo		1
Máximo		3
Suma		2353

ITEM 9: Cuando los hospitales excelentes prometen hacer algo en cierto tiempo, lo hacen

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MALA	223	22,3	22,3	22,3
	REGULAR	201	20,1	20,1	42,4
	BUENA	576	57,6	57,6	100,0
	Total	1000	100,0	100,0	



ITEM 10: Cuando en el Hosp. EsSAlud II Vitarte prometen hacer algo en cierto tiempo, lo hacen

Estadísticos

ITEM 10: Cuando en el Hosp. EsSAlud II Vitarte prometen hacer algo en cierto tiempo, lo hacen

N	Válidos	1000
	Perdidos	0
Media		2,02
Error típ. de la media		,026
Mediana		2,00
Moda		2
Desv. típ.		,809
Varianza		,654
Asimetría		-,044
Error típ. de asimetría		,077
Curtosis		-1,470
Error típ. de curtosis		,155
Rango		2
Mínimo		1
Máximo		3
Suma		2024

ITEM 10: Cuando en el Hosp. EsSalud II Vitarte prometen hacer algo en cierto tiempo, lo hacen

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos MALA	315	31,5	31,5	31,5
REGULAR	346	34,6	34,6	66,1
BUENA	339	33,9	33,9	100,0
Total	1000	100,0	100,0	

